

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N^o 84

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. AMAUDRUT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer

Ancien Interne lauréat de l'Hôtel-Dieu de Rennes

Stagiaire de l'Académie de Médecine aux Eaux Minérales

(Prix Vulfranc-Gerdy)

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Né à Laval (Mayenne), le 21 Mai 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES DES SYPHILITIQUES

(ÉTUDE CRITIQUE)

Président : M. LANDOUZY, Professeur

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N^o 81

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. AMAUDRUT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris et de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer

Ancien Interne lauréat de l'Hôtel-Dieu de Rennes

Stagiaire de l'Académie de Médecine aux Eaux Minérales

(Prix Vulfranc-Gerdy)

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Né à Laval (Mayenne), le 21 Mai 1884

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES DES SYPHILITIQUES

(ÉTUDE CRITIQUE)

Président : M. LANDOUZY, Professeur

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1913



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHEL.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et Chimie générale.....		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		LEJARS.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRÉNANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		Auguste BROCA.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CUANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LETULLE.
		ROGER.
		DEBOVE.
Clinique médicale.....		LANDOUZY.
		GILBERT.
		CHAUFFARD.
Maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des malad ^{ies} de l'encéphale.....		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DEJERINE.
		DELBET.
Clinique chirurgicale.....		QUENU.
		RECLUS.
		HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LEGUEU.
		BAR.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN (Albert).

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.
BERNARD (Léon).	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
BRUMPT.	JOUSSET (A.).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LABBE (Henri).	MULON.	SCHWARTZ (A.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TANON.
CHEVASSU.	LECÈNE.	OKINCZYC.	TERRIEN (F.).
COUVELAIRE.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RIbIERRE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LANDOUZY

Doyen de la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

Médecin de l'hôpital de la Charité

*Qui a bien voulu nous indiquer le
sujet de ce travail et nous aider de
ses conseils.*

*A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES*

MM. PERRIN DE LA TOUCHE, LE MONIET, BODIN, VÉRON,
LE DAMANY, LHUISSIER, LAUTIER, FOLLET, MILLARDET,
ASSICOT, CASTEX, LEFEUVRE, HARDUIN.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

- 1907-1908. M. le Docteur VILLEMIN (*in memoriam*).
— M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.

Internat provisoire

- 1908-1909. M. le Docteur CAUSSADE.
— M. le Professeur agrégé CLAUDE.
— M. le Professeur QUÉNU.
— M. le Docteur MAYGRIER.
1909-1910. M. le Docteur MÉNARD.
— M. le Docteur VARIOT.

Internat

- 1910-1911. M. le Professeur KIRMISSON.
1911-1912. M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.
1912-1913. M. le Docteur JOSEPH BELIN.
1913-1914. M. le Docteur VARIOT.

MM. les Professeurs agrégés PIERRE DUVAL, OMBREDANNE.

MM. les Docteurs MILIAN, MACÉ, GRENET, COURCOUX, CALVÉ,
ANDRIEUX.

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

MM. les Professeurs agrégés CHEVASSU et RATHERY.
MM. les Docteurs SAUVÉ et SEZARY.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nous étudions, sous le titre : Pleurésies des syphilitiques, les différentes réactions pleurales que l'on peut observer chez ces malades et qui ont été considérées par un certain nombre d'auteurs comme étant de nature spécifique.

Nous avons choisi ce titre parce qu'il contient en quelque sorte en lui les conclusions auxquelles l'examen, aussi impartial que possible, des observations publiées nous a conduit. Et, pour l'expliquer, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici le début de la leçon clinique faite, sur ce même sujet, par M. Sergent, à l'hôpital de la Charité, le 4 février 1913. « C'est à dessein que j'ai donné ce titre à cette « conférence (Pleurésies des syphilitiques). Il contient impli-
« citement les conclusions que nous tirerons des faits que
« nous allons passer en revue et qui nous montreront, je
« pense, que, s'il est assez fréquent d'observer une pleurésie
« chez un syphilitique, il est relativement rare de pouvoir
« affirmer que cette pleurésie est de nature syphilitique ».

HISTORIQUE

Les épanchements pleuraux que l'on observe chez les syphilitiques sont d'ordre très divers. A côté des pleurésies d'ordre banal : tuberculeuses ou autres, on observe chez ces malades des exsudats qui paraissent indépendants de toute autre cause que la syphilis, qui se développent soit en même temps que d'autres manifestations, cutanées, muqueuses, pulmonaires, etc., soit isolément. Les observations de ces pleurésies sont assez rares. Leur nature a donné lieu, depuis la publication des premières observations, à de nombreuses discussions. Ces pleurésies sont-elles dues à la syphilis, ou à une autre cause : la tuberculose ? Telle est la question qui est encore posée aujourd'hui.

Ces pleurésies apparaissent à des époques différentes de l'évolution de la syphilis : les unes pendant la période secondaire, les autres au moment de la période tertiaire, isolées ou liées à des lésions spécifiques des organes voisins : poumon, côtes, muscles.

L'histoire de ces deux variétés de pleurésie n'est pas la même. Tandis que les pleurésies de la période tertiaire sont connues depuis longtemps, celles de la période secondaire ont une histoire plus récente et elles ont suscité des discussions pathogéniques qu'il est intéressant de rapporter.

Les premières observations ont été publiées dans les *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, en 1890, par MM. Chantemesse et Widal. Ces auteurs ajoutaient que « ces lésions ne doivent pas être exceptionnelles dans les cas d'infection un peu intense. Au début de la période secondaire, il n'est pas rare de voir survenir des poussées inflammatoires du côté des séreuses articulaires. Rien d'étonnant que des poussées semblables puissent se faire du côté de la plèvre ». Ils les appellent : Pleurésies du stade roséolique de la syphilis.

Peu de temps après, M. Chantemesse publia, dans le *Bulletin médical*, trois nouveaux cas. « Si les observations en sont encore rares, c'est, dit-il, que les syphiligraphes se sont peu préoccupés de l'état de la plèvre pendant la période secondaire. La fièvre a été attribuée tout entière à l'infection sanguine, les douleurs thoraciques sont confondues dans le groupe des phénomènes névralgiques et les signes souvent très passagers fournis par l'auscultation et la percussion ont passé inaperçus ». Il fixe, en même temps, les caractères de ces réactions pleurales.

En 1891, Talamon publiait deux observations de pleurésies au moment de la période secondaire, que « leur coexistence avec des manifestations syphilitiques multiples permet de rapporter à la même cause spécifique ».

Nous trouvons encore, la même année, la publication de Pretorius, qui conclut dans le même sens.

Rochon, dans sa thèse de 1893, réunit toutes les observations de syphilis pleurale et conclut nettement à la nature syphilitique des pleurésies du stade roséolique.

L'année suivante est peut-être la plus importante dans

l'histoire de ces pleurésies. Nous trouvons, en effet, à côté des observations de Feulard, Richaud, d'Aulnay, Basset, Brousse, trois thèses consacrées à cette question, celles de Carra, de Montserret et de Jacquinet. Tandis que les deux premiers auteurs, Carra et Montserret, affirment l'existence de pleurésies syphilitiques au moment de la période secondaire, Jacquinet, et avec lui le professeur Landouzy, qui inspira cette thèse, refusent, en quelque sorte, à la syphilis, le pouvoir de produire des pleurésies. Ils font jouer à la syphilis le rôle de cause occasionnelle, analogue au refroidissement : « Syphilitiques comme refroidis n'ont attendu que la cause occasionnelle pour manifester du côté de la plèvre, sous forme d'épanchement, la tuberculose localisante, tout comme des coxalgiques n'ont attendu qu'une chute, qu'un effort pour commencer leur coxo-tuberculose. Il est vraisemblable que si on prend coutume de faire chez les syphilitiques des injections abondantes intrapéritonéales chez le lapin ou le cobaye, ces injections révéleront la nature bacillaire des pleurésies dont souffrent les syphilitiques, lesquelles sont de rapport syphilitique et de nature bacillaire ».

Jacquinet rappelle en même temps l'opinion de Lancereaux qui se refuse à croire à la spécificité de la pleurésie qui survient au cours d'une éruption secondaire.

La question est ainsi nettement posée. Pleurésie syphilitique pour les uns, pleurésie tuberculeuse pour les autres, telles sont les deux opinions en cours et, comme nous le verrons, les observations et les travaux consacrés dans la suite à cette question ne l'ont pas encore résolue.

Le Damany, en 1895, admet la nature spécifique de

quelques-unes des pleurésies que l'on observe pendant la période secondaire, mais il fait des réserves fort judicieuses. Il conclut de la façon suivante : « Les descriptions données jusqu'à ce jour des pleurésies du stade roséolique (Chantemesse), des pleurésies syphilitiques de la période secondaire (Brousse), ne conviennent pas à toutes les pleurésies qu'on peut voir survenir dans le cours de la période secondaire de la syphilis. Il faut donc, si on considère toutes ces pleurésies comme étant de nature syphilitique, admettre que les pleurésies de la période secondaire peuvent avoir des allures très différentes suivant les cas au point de vue des signes physiques, des symptômes fonctionnels et généraux, de la marche et de la durée et même du pronostic ainsi que de l'efficacité du traitement spécifique. Le seul caractère commun à toutes serait leur apparition chez des individus présentant des syphidides secondaires sur la peau ou sur les muqueuses.

« Et on ne peut, écrit-il encore, se résoudre à accepter cette extrême variabilité de la pleurésie que nous étudions, on sera forcément conduit à admettre, chez les syphilitiques de la période secondaire : 1° d'un côté, une pleurésie syphilitique de sa nature ; 2° des pleurésies non syphilitiques, bien que survenant chez des personnes en puissance de syphilis ; l'affection pleurale serait alors une véritable complication, la syphilis agirait, ou bien simplement en diminuant la résistance de l'organisme, ou bien par les lésions qu'elle produit sur la peau et les muqueuses, ouvrirait des portes d'entrée pour les agents d'une deuxième infection. A côté des pleurésies syphilitiques existent des pleurésies méta-syphilitiques. »

Si nous avons tenu à citer entièrement les conclusions de M. Le Damany, c'est, ainsi qu'on le verra par l'étude que nous ferons des différentes observations qui ont été publiées, que ces conclusions nous paraissent comme l'expression de la vérité.

D'autres observations furent publiées dans les années suivantes : celles de Spillmann et Etienne, en 1896, pleurésie du stade roséolique de la syphilis à évolution aiguë, cédant au traitement spécifique ; celle de Preetorius, la même année.

Dieulafoy, dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, en 1897-1898, étudia la syphilis de la plèvre et du poumon, et conclut, lui aussi, à l'existence de pleurésies syphilitiques secondaires. « Il est donc bien avéré aujourd'hui qu'il existe une pleurésie contemporaine des accidents secondaires. Pourquoi, du reste, n'y aurait-il pas une pleurésie syphilitique précoce, alors que nous voyons la néphrite, l'artérite, l'ictère, la bronchite apparaître comme autant de manifestations précoces de l'infection syphilitique ? »

Paulin et Duplant, en 1898, publièrent une observation de pleurésie syphilitique secondaire sèche, apparue en même temps qu'une bronchite spécifique.

En 1901, parut le premier volume du *Traité de la syphilis*, de Fournier. Milian, à qui est dû l'article sur la pleurésie secondaire, étudie et fixe les différents caractères de ces pleurésies telles qu'elles ont été décrites par les différents auteurs, et il ajoute que leur nature syphilitique a été vivement contestée ; on a voulu en faire des pleurésies de coïncidence rhumatismales ou tuberculeuses, ou des pleurésies parasymphilitiques.

Un assez long silence se fit ensuite sur ces pleurésies syphilitiques, et il faut arriver jusqu'en 1906 pour trouver de nouveaux cas s'y rattachant.

En 1906, OEttinger et Malloizel publièrent une étude sur la pleuropathie de la période secondaire, basée sur une douzaine d'observations personnelles, dont 4 avec examen cytologique du liquide pleural. Ils considèrent ces pleurésies comme fréquentes, très fréquentes même, mais elles sont latentes et passent inaperçues au milieu des accidents cutané-muqueux contemporains. Et, de fait, Malloizel en trouva 8 sur 22 syphilitiques secondaires. Cette opinion fut reproduite l'année suivante dans la thèse de Malloizel, sur la cytologie des épanchements pleuraux.

Lépine, dans sa thèse de 1907 sur les incidents pleuropulmonaires au cours de la syphilis secondaire, conclut à la très grande rareté des pleurésies vraiment syphilitiques et à la fréquence de leur origine tuberculeuse. Il montre aussi, par une série d'observations fort intéressantes, l'influence de la syphilis secondaire sur le réveil d'une tuberculose latente jusque-là.

Les rapports entre la syphilis et la tuberculose furent remarquablement étudiés par M. Sergent, à cette époque, dans *Syphilis et tuberculose*. Il s'exprime ainsi en parlant des pleurésies syphilitiques :

« Si l'on oppose l'extrême fréquence de la tuberculose pleurale à l'exceptionnelle rareté des pleurésies syphilitiques, on conçoit aisément que l'hésitation entre la nature syphilitique ou tuberculeuse d'une pleurésie ne sera possible que dans des circonstances tout à fait particulières. Ce n'est guère que lorsque le sujet sera manifestement syphilitique

que le doute devra s'imposer. Il faut savoir, en effet, que certaines déterminations pleurales existent dans la syphilis et que, par conséquent, toute pleurésie qui survient chez un syphilitique, même s'il est en même temps suspect de tuberculose, n'est pas fatalement tuberculeuse. » Et plus loin, à propos des pleurésies du stade roséolique, il ajoute que la syphilis ne joue souvent là qu'un rôle analogue au refroidissement, et que le traitement mercuriel, si efficace, n'agit qu'en modifiant le terrain. On sait, d'ailleurs, que le traitement mercuriel améliore considérablement l'état général et la localisation de la tuberculose.

Dans l'article que M. Sergent consacre à la syphilis pleurale, dans le *Traité de la syphilis de l'appareil locomoteur et des viscères*, de Gaucher, il accentue encore son opinion. Après avoir étudié le mode d'apparition de ces réactions pleurales, au moment d'accidents cutanéomuqueux, d'arthropathie, d'ictère, etc., leurs symptômes, les différents caractères du liquide de l'épanchement, il déclare qu'il s'agit, jusqu'à preuve du contraire, d'un revert de bacillose qui, comme toutes les bacillooses survenant chez des syphilitiques, serait très amélioré par le traitement spécifique.

En 1912 enfin, deux thèses furent consacrées à cette question, celles de Nassibian et de Blanchet. La première contient une observation recueillie par le service de M. Bezangon, à la Charité. Il s'agit d'une pleurésie du stade roséolique, dont l'origine tuberculeuse fut prouvée par une série d'examens de laboratoire. L'autre contient également une observation prise par le service de M. Berger, à Broussais ; il s'agissait, dans ce cas, d'une pleurésie légère. Et les dif-

férents examens du laboratoire pratiqués en vue de découvrir l'élément pathogène furent négatifs.

Les pleurésies secondaires furent encore discutées à la Société d'études pour la tuberculose, où MM. Sergent, Bezancón et Gastinel déclarèrent leur extrême rareté.

M. Sergent fit en outre, en 1912, dans une de ses leçons cliniques, à la Charité, une étude complète de ces pleurésies. Il conclut à la nature tuberculeuse de la majorité des épanchements du stade roséolique.

L'histoire des manifestations pleurales de la syphilis tertiaire est très ancienne. Ces réactions sont cependant assez rares et il est facile de compter les observations qui ont été publiées. Leur mode d'apparition est très différent de celui des pleurésies secondaires. Toutes les observations publiées depuis Virchow, jusqu'à ces dernières années, et dont les plus classiques et les plus connues sont celles de Balzer, de Lang, de Dieulafoy, de Nikouline, concernaient des pleurésies soit sèches, soit avec épanchement, qui étaient secondaires à une lésion du voisinage, le plus souvent à une lésion pulmonaire, mais aussi quelquefois une lésion costale, aortique, hépatique, etc. Ces pleurésies étaient donc secondaires et leur nature syphilitique ne faisait pas, dans beaucoup de cas tout au moins, l'objet de discussion.

Dans ces dernières années, au contraire, plusieurs observations de pleurésies tertiaires sans lésions pulmonaires ou thoraciques, de pleurésies *primitives* au cours de la syphilis tertiaire ont été publiées. Ce sont : l'observation de Roque et Garnier, en 1910 ; les observations communiquées à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par MM. Roger et Sabaréanu, en 1910 également.

La publication de ces observations remet en discussion la question des pleurésies syphilitiques tertiaires primitives qui, pour M. Sergent, n'a pas encore fait sa preuve.

Nous avons d'ailleurs observé, dans le service de notre maître, le docteur Belin, à l'hôpital de la Charité, un cas de pleurésie sérofibrineuse survenant chez un syphilitique en période tertiaire que nous considérions d'abord comme de nature syphilitique et dont seule une inoculation très abondante au cobaye du culot résultant de la centrifugation du liquide pleural nous montra la véritable nature tuberculeuse.

Dans une thèse récente de Lille, le docteur Baurepaire étudie les pleurésies syphilitiques essentielles. Il les divise en deux groupes : les pleurésies précoces, qui rentrent dans le groupe des pleurésies du stade roséolique de la syphilis, ou pleurésies de la période secondaire, et les pleurésies tardives qui sont nos pleurésies tertiaires.

Il rapporte, outre les observations antérieures, quatre observations inédites, deux de pleurésies précoces, deux de pleurésies tardives. Sur les deux malades du premier groupe on a vu sur un se développer postérieurement une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, et l'autre n'a été suivie que pendant un mois, et la guérison était déjà en bonne voie, lorsqu'on institua un traitement spécifique. D'ailleurs, il s'agissait d'une pleurésie interlobaire et, à notre avis, rien dans l'observation ne put faire penser à la nature syphilitique de cette pleurésie.

Quant aux observations de pleurésie syphilitique tardive, il ne nous paraît pas suffisamment prouvé que l'une soit de nature syphilitique ; l'autre est soit secondaire à une pneu-

mopathie syphilitique antérieure, soit bien plutôt le premier signe révélateur d'une tuberculose pulmonaire qui apparut peu après.

D'ailleurs, avec Landouzy et Sergent, Baurepaire conclut en se refusant à admettre l'existence de la pleurésie syphilitique primitive jusqu'au jour où des recherches complètes permettront de déceler le tréponème dans les exsudats. Il considère ces pleurésies comme le réveil d'une tuberculose jusque-là latente.

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE DES PLEURÉSIES DE LA PÉRIODE SECONDAIRE DE LA SYPHILIS

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur les symptômes des pleurésies du stade roséolique ; ces pleurésies, en effet, ne se traduisent que par des symptômes banaux et classiques qui relèvent d'une inflammation de la plèvre, avec ou sans épanchement. Nous insisterons davantage sur certains points qui leur sont un peu plus particuliers : leur date d'apparition après le chancre, les différents accidents spécifiques concomitants, leur évolution, leur durée, etc.

L'âge a peu d'importance dans l'apparition de ces pleurésies. Les chiffres extrêmes que nous avons relevés sont 13 et 45 ans. La plupart se développent chez des individus atteints de 20 à 30 ans, c'est-à-dire l'âge de fréquence maxima de la syphilis. De même le sexe : hommes et femmes sont atteints en quantité égale.

On ne trouve généralement pas, dans les observations, mention d'une cause occasionnelle à l'origine de ces pleurésies. Cependant, dans quelques rares observations, comme celles de Raynaud, c'est à la suite d'un refroidissement brusque qu'apparaissent frissons, points de côté et fièvre.

Plus intéressante est l'époque d'apparition de la lésion pleurale après le chancre. Elle apparaît, depuis le début de

la période secondaire : 21 jours après le chancre, comme dans une observation de Brousse (il s'agissait d'une femme de 22 ans qui, le 7 avril 1894, présentait un chancre vulvaire avec une double adénopathie inguinale et qui, le 26 du même mois, était prise de malaises, points de côté droit avec toux. C'était le début de sa pleurésie), jusqu'à la fin de la période secondaire. Dans une observation de Preetorius, et dans une de Carra (11), c'est 12 mois après le chancre qu'apparut la pleurésie. Cette durée atteint même deux ans dans une observation de Rochon. Mais, dans la majorité des cas, c'est entre 2 mois et 6 mois après la contamination qu'apparaît la pleurésie.

Mais, dans tous ces cas, jamais la pleurésie n'est apparue isolée, toujours, au contraire, en même temps qu'elle, suivant quelquefois son développement, naissant avec elle, disparaissant avec elle, sont apparus des accidents secondaires cutanés. Et l'on voit citer dans les observations, soit une roséole seule, soit une roséole accompagnée de plaques muqueuses, soit des plaques muqueuses seules, soit des syphilides papulo-érosives, papulo-squameuses, papuleuses ; en somme, la plupart des différentes lésions cutanées de la syphilis secondaire, depuis les plus précoces, comme la roséole, jusqu'aux plus tardives. C'est quelquefois, comme dans l'observation de Bezançon et Gastinel (38), à la fin d'une roséole de retour qu'est apparue la pleurésie, et nous verrons plus loin que cette pleurésie était de nature tuberculeuse.

On voit, en outre, signalés assez souvent, accompagnant ces réactions pleurales, plusieurs symptômes traduisant l'atteinte générale et profonde de l'organisme par l'infec-

tion syphilitique : l'anémie a été plusieurs fois signalée. Dans l'observation 2, elle était bien intense. On note encore état cachectique. Un mauvais état général. De la pâleur surtout par les observations 7, 15, 30, 45.

La céphalée à maximum nocturne est presque constante dans les différentes observations que nous avons parcourues.

Les manifestations articulaires sont souvent signalées. Ce sont des arthralgies occupant les membres supérieurs ou inférieurs (obs. 1, 15, 23, 30, etc.).

L'adénopathie généralisée, l'hypertrophie de la rate sont assez fréquentes. L'ictère même, qui est considéré par différents auteurs, Ricord, Fournier, comme exceptionnel, est signalé quelquefois dans nos observations. Nous le trouvons dans l'observation 8. Il avait débuté trois semaines avant l'apparition de la pleurésie et ne s'accompagnait pas d'hypertrophie du foie. Dans l'observation 30, l'ictère apparut au cours de la pleurésie, la rate était seule hypertrophiée. L'ictère disparut très vite sous l'influence du traitement mercuriel. Dans l'observation 43, l'ictère apparut quatre jours avant la pleurésie.

Dans un cas on note une phlébite du membre inférieur au cours de l'évolution ou pleurésie (Léger, obs. 30.)

On voit que ces réactions pleurales surviennent de préférence chez des malades qui ont une *syphilis grave* et souvent on les voit apparaître en même temps que les symptômes traduisant l'infection générale de l'organisme et l'atteinte simultanée de plusieurs organes par l'infection syphilitique.

Quels vont être, maintenant, les symptômes de ces réac-

tions pleurales? La lecture des observations montre leur diversité. On peut, cependant, les réunir en plusieurs groupes.

Certaines pleurésies n'ont donné lieu à aucun symptôme et c'est par hasard qu'elles ont été reconnues.

D'autres, enfin, possèdent une symptomatologie assez riche et nous distinguons, parmi elles, des pleurésies sèches, des pleurésies avec épanchement, épanchement qui peut être peu abondant, en galette, ou, au contraire, très abondant.

Forme latente

Elles seraient assez fréquentes, très fréquentes même pour Oettinger et Malloizel qui en trouvèrent 8 chez 22 syphilitiques. Elles coïncidaient soit une syphilis papulo-croûteuse, soit une roséole, soit des plaques muqueuses ; aucun de leurs malades n'avait ressenti le moindre symptôme fonctionnel.

C'est en percutant, en palpant et en auscultant ces malades que ces auteurs se sont aperçus de la présence d'une pleurésie.

Elles sont toutes bilatérales.

Ces pleurésies sont généralement légères, ne se traduisant que par la submatité au niveau des bases et par une légère diminution du murmure vésiculaire.

Leur durée est très brève. Elles ont disparu 10 à 15 jours après leur apparition.

Elles ne s'accompagnent, durant leur évolution, d'aucun symptôme fonctionnel.

Les pleurésies qui rentrent dans ce groupe sont assez nombreuses. Ce sont les observations de :

Oettinger et Malloizel, n^{os} 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44.

Et les observations de Ravaut, n^o 32 ; Lépine, n^o 31.

Des ponctions exploratrices furent pratiquées ; quelques inoculations ; nous en verrons et nous en discuterons plus loin les résultats.

Pleurésies sèches

La pleurésie sans épanchement, et qui reste telle pendant toute la durée de son évolution, est assez rare. Nous ne trouvons cette forme que dans dix des observations que nous avons dépouillées (1, 5, 6, 12, 15, 18, 19, 23, 25, 28.)

Le symptôme diminuant, celui qui fit trouver la pleurésie est le point de côté.

C'est tantôt le seul symptôme. C'est alors un point de côté léger, plutôt une douleur, même une simple gêne dont la durée est variable : 8 jours, 2 jours, 4 jours, 10 jours même. Dans quelques cas, ce point de côté s'accompagne d'une légère oppression.

C'est tantôt, au contraire, un des nombreux symptômes qui traduisent l'inflammation pleurale.

C'est au milieu d'une bonne santé, ou au cours des symptômes qui marquent l'atteinte générale de l'organisme par l'infection syphilitique qu'apparaissent le point de côté, la fièvre, les frissons, la dyspnée.

Le point de côté est généralement très intense, son siège variable : il est localisé au niveau de l'angle inférieur de

l'omoplate, au niveau de la région sous-mammaire, au niveau de la région précordiale, en des foyers multiples.

Et c'est le plus souvent là que l'on trouve, à l'auscultation, des frottements.

Sa durée, nous l'avons vu, est variable. Son intensité est très rapidement diminuée sous l'influence du traitement spécifique. C'est généralement le premier symptôme qui disparaît. Dans une observation de Montserret, on peut suivre, presque comme dans une expérience, l'effet du traitement sur le point de côté. Celui-ci, disparaissant pendant la période de traitement, apparaît au contraire quand, pour un motif quelconque (intoxication mercurielle : Diarrhée, stomatite), on était obligé de le suspendre.

Les frissons sont signalés en même temps que le point de côté, après eux s'installe la fièvre. Elle est rarement très intense. Quand elle est signalée dans les observations, elle oscille entre $37^{\circ}5$ et $38^{\circ}5$. Dans deux observations cependant on la voit atteindre $39^{\circ}6$ et même 40° , le soir.

Cette élévation thermique subit également l'influence du traitement spécifique. Comme le point de côté, elle disparaît rapidement, bien avant les signes physiques.

Il est fréquent d'observer de la dyspnée, de l'oppression, mais ces symptômes sont peu intenses, tiennent surtout à la douleur du point de côté et cèdent en même temps que celui-ci.

Les symptômes physiques, nous n'y insisterons pas, sont ceux qu'on rencontre dans toute pleurésie sèche. Ce sont des frottements rudes, qui s'entendent surtout en arrière, sur une hauteur de trois à quatre travers de doigts, quelquefois sur un territoire plus étendu, en arrière et dans l'aisselle,

en des points multiples. Ils ont enfin quelquefois un siège beaucoup plus rare. Preetorius les a observés à deux reprises, chez les mêmes malades, la première fois à la hauteur des 3^e et 4^e côtes en avant, la seconde fois au niveau de la région sous-claviculaire.

Les signes pleuraux sont les plus lents à disparaître. Depuis longtemps, le point de côté a disparu ; depuis longtemps le malade est apyrétique et l'on voit persister encore les signes de pleurite.

Quand on fait le relevé de leur durée, on est frappé d'un fait, c'est qu'une partie de ces pleurésies guérit en quelques jours.

Le malade de l'observation 19 guérit en 8 jours et, 1 jour après l'institution du traitement spécifique, tout point de côté avait disparu.

Dans l'observation 25, c'est en 10 jours que la guérison est obtenue.

Dans l'observation 23, les deux rechutes dues à la suppression du traitement mercuriel furent guéries en 3 et 8 jours.

D'autres (28 et 12) mirent respectivement 18 et 14 jours à guérir.

Enfin, dans un certain nombre de cas, la guérison demanda 1 mois, 1 mois et demi et même 4 mois (obs. 3). Dans ce cas, il est vrai, le traitement spécifique avait été suspendu et il y eut récurrence.

Les récurrences sont d'ailleurs fréquentes dans cette forme et coïncident toujours avec une suppression du traitement spécifique. Nous n'en voulons pour exemple que le malade de Montserret (obs. 23), qui est très intéressant à ce point de vue. Il s'agissait d'un homme de 22 ans qui présentait,

d'ailleurs, des antécédents suspects au point de vue bacillolose. Il était syphilitique depuis 1 mois et demi. La pleurésie débute brusquement le 14 janvier 1893. Les symptômes augmentent jusqu'au 20 janvier. A ce moment, traitement mercuriel. Le 25, disparition du point de côté. Retour des vibrations qui étaient diminuées. Le 30, on suspend le traitement mercuriel à la suite d'accidents d'intolérance. Trois jours après, de nouveau, point de côté, disparition des vibrations. De nouveau, traitement spécifique et, le 10 février, les frottements étaient très diminués.

D'autres récidives sont signalées dans les observations 8, de Chantemesse, après suppression du traitement spécifique, et 15, de Preetorius.

Un autre point important à étudier pendant l'évolution de ces pleurésies est l'état du poumon sous-jacent.

Ce poumon est indemne de toute lésion le plus souvent : la mention « l'examen répété du sommet n'a rien révélé » est fréquente.

Dans quelques cas, cependant, on note des *signes pulmonaires*. Dans l'observation 6, de Chantemesse, au cours de la pleurésie, 14 jours après son début apparurent des signes de bronchite diffuse, plus marqués du côté où les lésions pleurales dominaient. Cette bronchite s'accompagnait d'une expectoration opaque peu abondante.

Dans l'observation 28 (Pauly et Duplant), il existait, des deux côtés, des râles sifflants et une expectoration muqueuse avec de fines stries purulentes. Il y a eu aussi quelques crachats légèrement striés de sang.

Dans l'observation 23 (Montserrét), on signale, au moment de la rechute, quelques signes de congestion du sommet

opposé qui disparurent sous l'influence du traitement, pour réapparaître en même temps que d'autres manifestations spécifiques et pour disparaître complètement plus tard.

Nous verrons plus loin quelle importance il faut attacher à ces différents caractères.

Pleurésies avec épanchement

Ce sont les plus fréquentes. Nous les trouvons au nombre de 17 dans le total de nos observations.

Elles se traduisent par les symptômes banaux de toutes pleurésies. On retrouve dans leur symptomatologie la plupart des symptômes que nous avons étudiés dans la forme précédente qui n'est, le plus souvent, que la forme de début de ces pleurésies avec épanchement.

Le mode d'apparition est variable. C'est tantôt un début brusque, avec point de côté violent, frissons, toux sèche, quinteuse, opiniâtre, fièvre à température élevée, tantôt ce sont des douleurs thoraciques vagues, un point de côté léger, de l'essoufflement facile qui marquent les débuts de l'affection.

L'épanchement est également variable. Tantôt il est peu abondant : c'est l'épanchement en galette que l'on rencontre dans la pleurésie rhumatismale. C'est le petit épanchement d'une ou de deux bases. Tantôt il est abondant, déplace les organes voisins : le cœur, et peut nécessiter ainsi plusieurs ponctions évacuatrices.

Les symptômes physiques sont trop courants pour que nous en parlions. Il est plus intéressant de rechercher l'état du poumon sous-jacent et l'état des sommets. On relève les renseignements suivants dans les observations.

OBS. 2. — Respiration pure aux sommets.

OBS. 7. — Bronchite diffuse indiquant que les bronches sont le siège d'une éruption syphilitique.

OBS. 16. — La respiration était tout à fait libre.

OBS. 45. — Du côté de l'épanchement, inspiration et expiration normales. Légère augmentation de la sonorité. Du côté opposé, l'inspiration est un peu plus accentuée que normalement, mais reste parfaitement moelleuse. Après guérison de l'épanchement, les sommets sont indemnes.

OBS. 10. — Epanchement abondant, skodisme sous-claviculaire du côté de l'épanchement. Bronchite diffuse du côté opposé. Les sommets, après la disparition de l'épanchement, ne présentent rien d'anormal.

OBS. 20. — Rien à l'auscultation du poumon.

OBS. 46. — Du côté de l'épanchement, au sommet, affaiblissement marqué du murmure vésiculaire. Expiration prolongée et soufflante. Inspiration rude et élevée. Aucun râle surajouté. Du côté opposé au sommet, prolongement de l'expiration. Légère diminution de murmure vésiculaire.

La nature tuberculeuse de cette pleurésie fut d'ailleurs reconnue par l'inoculation. Même nature des lésions pulmonaires.

Enfin, dans un certain nombre d'observations, 4, 8, 9, 13, 14, 21, 24, l'état du poumon n'est pas signalé.

Ce qu'on trouve en somme, c'est une seule fois des signes manifestes de tuberculose pulmonaire, confirmée d'ailleurs, et dans les autres cas des signes de bronchite diffuse du côté opposé, bronchite qui d'ailleurs disparut rapidement.

La durée de ces pleurésies est très variable. Elle varie de 8 jours à 80 jours, sans qu'on puisse établir une distinction quelconque entre ces différentes durées.

Il est plus intéressant de voir l'effet du traitement mercuriel sur la résorption de l'épanchement.

OBS. 2. — Un double épanchement pleural en plaques était stationnaire depuis un mois, lorsqu'on institua le traitement spécifique. 15 jours après, l'épanchement était résorbé et les frottements persistent jusqu'aux premiers jours d'avril, soit plus d'un mois après l'institution du traitement.

OBS. 4. — C'est au cours d'un traitement spécifique qu'apparut l'épanchement pleural qui dura 15 jours.

OBS. 8. — Deux mois après l'institution du traitement (sirop de Gibert), on trouve encore de la submatité, de l'obscurité respiratoire.

OBS. 9. — Un mois et demi après l'administration de liqueur de van Swieten, submatité et frottements du côté de l'épanchement.

OBS. 13. — 8 jours de traitement ont suffi pour faire disparaître toute trace d'épanchement.

OBS. 14. — La pleurésie remonte à 11 jours lorsqu'on institue le traitement mercuriel. 4 jours après, la fièvre disparaît. Au bout de 5 jours, l'épanchement restant stationnaire, on augmente l'intensité du traitement et, 20 jours après, le malade sort guéri complètement.

OBS. 16. — Disparition des signes pleuraux après 15 jours de traitement.

OBS. 22. — Diminution de l'épanchement, mais persistance des frottements 7 jours après le traitement.

OBS. 45. — Les signes d'épanchement ont complètement disparu 12 jours après l'application du traitement mercuriel.

OBS. 10. — L'efficacité du traitement mercuriel n'apparaît pas nettement. Pendant le premier mois traitement irrégulier avec légère amélioration. Au début du second mois et pendant celui-ci, traitement plus intense (2 pilules de protoiodure par jour). Disparition lente, rechute et 80 jours après le début de son affection, la malade conservait de la submatité et des frottements.

Les lésions cutanées concomitantes avaient disparu beaucoup plus vite.

OBS. 20. — Le traitement est appliqué 15 jours après le début. L'épanchement est d'au moins un litre. 3 jours après l'épanchement a disparu et, 1 mois après, tous les signes d'auscultation avaient également disparu.

OBS. 21. — Epanchement résorbé après 5 jours de traitement. 20 jours après, le malade est complètement guéri.

OBS. 11. — Disparition de l'épanchement assez rapide, 18 jours ; les frottements persistèrent 50 jours.

OBS. 17. — Disparition de l'épanchement en 3 jours. 3 semaines après il persistait encore un peu de diminution de la respiration.

OBS. 46. — L'influence du traitement spécifique fut peu marquée. Etabli 1 mois après le début des accidents, et maintenu pendant 2 mois, pendant lesquels le liquide pleural se résorba. Au moment où elle quitta l'hôpital, elle conservait des silences respiratoires à la base gauche.

Obs. 47. — 15 jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'épanchement avait disparu. (Traitement par le Salvarsan). Les frottements ne disparurent complètement qu'un mois après.

Obs. 48. — Guérison rapide sous l'influence d'un traitement iodomercurique.

Obs. 49. — L'amélioration était déjà manifeste lorsqu'on institua un traitement mercuriel qui fut suivi peu de temps. 2 injections d'huile grise.

On voit, en somme, que l'efficacité du traitement spécifique sur l'évolution de ces pleurésies est fort variable. En tenant compte de l'abondance de l'épanchement, on voit que certaines pleurésies fondent, pour ainsi dire, sous son influence, tandis que d'autres sont à peine, même pas du tout influencées.

On observe quelquefois, à la suite de ces pleurésies, des séquelles, des rétractions de la paroi thoracique. Elles sont rares, et nous ne les trouvons signalées que dans deux observations : dans l'observation 37, de Spillmann et Etienne, et dans l'observation 38, de Bezançon et Gastinel. Dans la première, c'est 40 jours après le début de la pleurésie ; dans la seconde, 2 mois après le début de la maladie.

Au cours de ces pleurésies, différents examens de laboratoire furent pratiqués sur le liquide pleural, sur les crachats et sur le sang.

Ces examens sont peu nombreux, 9, et encore sont-ils incomplets pour la plupart.

EXAMEN CYTOLOGIQUE. — 8 examens furent pratiqués, dont voici les résultats :

OBS. 31. — Le liquide contient des macrophages très nombreux, isolés et à l'état de pureté.

OBS. 32 (Ravaut). — 2 examens furent pratiqués :

Le premier : Cellules endothéliales isolées, quelques polynucléaires, quelques myélocytes éosinophiles.

Le second :

Cellules endothéliales.....	35 %
Lymphocytes	22 %
Grands mono éosinophiles.....	37 %
— — neutrophiles.....	6 %

L'examen du sang ne montra qu'une éosinophilie de 5,6 % : tous des polynucléaires éosinophiles.

OBS. 41. — 2 examens :

1° *Au début* : Prédominance nette des éléments endothéliaux ou grands mono isolés. Quelques lymphocytes. Les polynucléaires sont exceptionnels.

2° *A la fin* :

Éléments de type endothélial.....	83,4 %
Lymphocytes	12,6
Eosinophiles	4
Polynucléaires	0

OBS. 42 (Oettinger et Malloizel). — Il s'agit d'une pleurésie bilatérale et l'examen du liquide, pratiqué des deux côtés, donne des résultats sensiblement identiques.

Au début : Prédominance des mono moyens avec

quelques inclusions. Beaucoup de sang. Rares lymphocytes. Polynucléaires plus rares encore. Quelques éosinophiles.

5 jours plus tard : Toujours prédominance des mono-moyens. Quelques lymphocytes et très rares polynucléaires. Moins de sang. Peu d'éosinophiles. Quelques mono-moyens à petits grains cyanophiles et quelques gros-mono à grains cyanophiles.

5 jours plus tard : Nombreux mono à grosses vacuoles, d'autres plus petits sont sains. Quelques figures de macrophagie. Grand nombre de polynucléaires et d'éosinophiles. Mono à granulations cyanophiles. Le sang à ce moment ne contenait que 3,5 % d'éosinophiles.

OBS. 43-44 (Oettinger et Malloizel). — Le liquide ne contenait que de très nombreux mononucléaires moyens, isolés, dans les deux cas.

OBS. 46 (Bezançon et Gastinel). — Lymphocytose pure.

OBS. 47 (Berge, in thèse Blanchet). — Le 15 avril : assez nombreux globules rouges.

Quelques cellules endothéliales isolées.

Presque pas de polynucléaires.

Quantité considérable de mononucléaires, dont beaucoup ont une tendance à la biloculation du noyau, environ 30 %.

10 jours plus tard : lymphocytose bien nette. Quelques polynucléaires.

Assez nombreux éosinophiles, mais beaucoup moins qu'à la précédente ponction.

OBS. 48. — L'examen cytologique donna les résultats suivants :

Grands mononucléaires.....	6,5
Lymphocytes	53,5
Polynucléaires basophiles.....	38
— neutrophiles.....	2
— éosinophiles.....	0

Il semble ainsi que, dans la moitié des cas, on rencontre dans les épanchements du stade roséolique de la syphilis une éosinophilie qui, d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, n'a rien de spécifique. Elle se rencontre dans 4 cas sur 8. Les autres éléments cellulaires du liquide sont surtout des mononucléaires moyens, dont quelques-uns contiennent des inclusions. Les polynucléaires y sont rares.

Dans les autres cas, les éléments furent soit des mononucléaires moyens, soit des lymphocytes.

L'inoculation du liquide au cobaye ne donna de résultats que dans un seul cas, celui de Bezançon et Gastinel. Le cobaye devint tuberculeux. L'inoculation fut pratiquée un petit nombre de fois par Le Damany (obs. 10), Richard d'Aulnay (obs. 30), Spillman et Etienne (obs. 37) et Berger (obs. 39).

L'inoculation du liquide pleural au singe fut faite par Ravaut sans succès. De même la recherche du tréponème vers le culot de centrifugation fut pratiquée plusieurs fois sans résultat.

La réaction de Wassermann, faite sur le liquide pleural trois fois, fut positive trois fois. Elle était d'ailleurs à ce moment positive sur le sérum sanguin.

L'examen des crachats, important à faire, puisque souvent il existait, aussi bien dans les pleurésies avec épanchement que dans les pleurésies sèches, des lésions pulmonaires concomitantes, ne fut pratiqué qu'un petit nombre de fois. Il donna un résultat positif dans l'observation 38, où l'on trouva des bacilles de Koch, grâce, il est vrai, à une méthode préconisée par M. Bezançon : l'homogénéisation des crachats.

Telle est l'histoire clinique de ces pleurésies du stade roséolique de la syphilis. Pour nous résumer, pour préciser leurs caractères, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici ce qu'en dit M. Milian, dans son article du *Traité de la syphilis* de Fournier.

Elles ont pour caractères :

1° D'entrer en scène presque toujours dans les premiers mois de la période secondaire, et coïncidemment avec les premières poussées secondaires. Toutefois, par exception, elles pourraient se produire à une étape plus reculée (par exemple, au 18^e, 20^e mois de l'infection et même au delà).

2° De consister (ce qui est le cas le plus usuel) en une pleurésie sèche ne se traduisant que par quelques frottements avec une légère matité et affectant toujours la base du thorax, soit en une pleurésie avec épanchement toujours sérofibrineux, toujours léger ou tout au plus moyen.

3° D'être pour une proportion numérique à peu près équivalente, ou monolatérale, ou bilatérale et dans le dernier cas, soit sèche ou hypercrinique des deux côtés, soit sèche d'un côté et hypercrinique de l'autre.

4° De se produire sous des formes cliniques, à savoir :

Une forme froide aphlegmasique ou même latente. Elle

est alors insidieuse et sournoise comme début, puis plus tard, elle reste presque toujours dépourvue de symptômes, au point de n'être appréciable que par les données de l'auscultation et de la percussion. C'est dans cette forme qu'il lui arrive souvent d'être méconnue et cela parce qu'on la prend, en raison des phénomènes douloureux, pour une névralgie, une périostite costale, une myoalgie.

5° Quelquefois cependant, elle revêt une forme subaiguë ou aiguë, laquelle se traduit, sans parler des signes physiques qui sont ceux de toute pleurésie, par une fièvre plus ou moins intense, par des frissons, par un point de côté plus ou moins accusé, de la dyspnée, de la toux.

6° D'évoluer avec rapidité à la façon de la pleurésie rhumatismale et d'aboutir spontanément à une résolution complète, laquelle ne se fait guère attendre au delà de la 2^e ou 3^e septennaires, réserve faite pour quelques cas à terminaison plus tardive.

7° Enfin d'être influencée (le plus souvent, mais pas toujours, ajoutons-nous) par le traitement spécifique qui la résout et l'efface en quelques jours.

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE DES PLEURÉSIES DE LA PÉRIODE TERTIAIRE DE LA SYPHILIS

Les pleurésies syphilitiques que l'on rencontre pendant la période tertiaire de cette affection relèvent de causes nombreuses.

Il est exceptionnel, et la question est encore discutée actuellement, que la syphilis produise des lésions primitives de la plèvre, comme tendent à le faire admettre des observations publiées récemment par MM. Roque et Garin, Roger et Sabaréanu.

Le plus souvent la pleurésie est secondaire à une lésion des viscères qui entourent cette séreuse : que ce soit le poumon, pneumopathie syphilitique, ou que ce soit un viscère voisin, médiastinal ou pariétal.

Les réactions pleurales se trouvent ainsi groupées autour de trois origines (classification de Nikouline) :

1^o Pleurésie syphilitique tertiaire primitive.

2^o Pleurésie syphilitique tertiaire secondaire :

a) A une lésion pulmonaire. Pleuropneumonie.

b) A une lésion de voisinage. Péripleurésie.

Le premier groupe n'est connu que par la clinique. Aucune autopsie n'a encore été pratiquée.

Dans le second groupe, au contraire, l'histoire clinique manque assez souvent, les lésions pleurales n'ayant été découvertes qu'à l'autopsie. Aussi commencerons-nous l'étude de ces réactions pleurales par quelques mots d'anatomie pathologique.

Pleurésie secondaire à une pneumopathie syphilitique

Les lésions pulmonaires que peut produire la syphilis sont très diverses chez l'adulte. Deux formes se rencontrent surtout : une première, localisée et comprenant les formes gommeuse et sclérogommeuse ; une seconde, plus diffuse, sclérose syphilitique, véritable infiltration grise du parenchyme pulmonaire par un tissu de sclérosé.

Chez l'adulte on peut encore rencontrer, mais exceptionnellement, des lésions dues à la syphilis héréditaire tardive. Il n'y a pas eu d'autopsie à notre connaissance.

Chez le fœtus et le nouveau-né il existe des lésions pulmonaires dues à la syphilis héréditaire. Si les gommès y sont rares, les formes diffuses produisant des lésions décrites sous le nom de splénisation, broncho-pneumonie, hépatisation blanche, de broncho-pneumonie, avec dilatation des bronches y sont plus fréquentes.

Toutes ces lésions, surtout lorsqu'elles atteignent les portions du parenchyme pulmonaire qui avoisinent à la plèvre, peuvent réagir sur celle-ci et produire des pleurésies.

Pleuro-pneumonie

1° FŒTUS ET NOUVEAU-NÉ. — Les lésions pleurales, au cours de la syphilis héréditaire du poumon, sont signalées

à plusieurs reprises par Bériel dans son livre sur la *Syphilis pulmonaire*.

Dans 3 observations on note des lésions pleurales.

Obs. 39. — Enfant de 2 ans. Hérédo-syphilitique ; pleurésie légère sans épanchement au cours d'une pneumonie lobaire syphilitique.

Obs. 40. — Enfant de 1 an et demi. Lésions gommeuses et scléreuses de la partie inférieure du poumon droit qui était adhérente à la cage thoracique.

Obs. 41. — Enfant de 4 ans, hérédo-syphilitique. Le poumon droit, diminué de volume, *adhérait intimement à la paroi thoracique*. La surface de section était parsemée de nombreuses excavations séparées par des tractus fibreux.

Dans une autre autopsie (obs. 38), les lésions dont la nature syphilitique paraît discutable à Bériel, le poumon, dans son lobe inférieur, était couvert de fausses membranes épaisses, et le feuillet viscéral de celle-ci était, par endroit, épaissi, d'aspect tendineux, en d'autres, mince, brillant, peu altéré.

Bériel eut l'occasion d'examiner des coupes de pneumonie blanche du nouveau-né ; il écrit que, quelquefois, la plèvre participe au processus hyperplasique ; on voit alors le tissu sous-pleural épaissi, très vasculaire, infiltré.

Les lésions de la plèvre sont, dans ces différents cas, d'ordre congestif et aboutissent à la formation de fausses membranes souvent épaisses.

Dans deux autres observations un épanchement léger occupait la cavité pleurale.

Dans l'obs. 9, empruntée à la thèse de Rochon, et qui,

d'ailleurs, est fort discutable, il s'agissait d'un fœtus de 4 à 5 mois qui, outre une ascite assez considérable, présentait un épanchement pleural bilatéral ; à gauche le liquide était hémorragique, à droite, trouble, et contenait des nombreuses masses fort petites qu'on reconnaissait franchement pour être des portions ramollies du poumon correspondant qui s'étaient échappées à travers une rupture de la plèvre.

Dans l'obs. 8, à l'autopsie d'un enfant de 11 mois hérédosyphilitique, Hudelo constata, à droite, des adhérences de la plèvre au poumon et, à gauche, un petit épanchement avec flocons fibrineux.

2° ADULTE. — Les lésions pleurales syphilitiques trouvées à l'autopsie sont banales. Ce sont, d'une part, des adhérences, d'autre part, des épanchements.

Les adhérences sont fréquentes. Elles peuvent être épaisses, résistantes, empêchant d'enlever les poumons de la cage thoracique, diffuses, créant une véritable symphyse pleurale ou, au contraire, tout en étant épaisses, limitées en un point de la plèvre qui correspond généralement au foyer pulmonaire. C'est ce qu'on observe notamment dans l'observation 22, où 2 gommes existaient dans le poumon au niveau des adhérences diaphragmatiques.

À côté de ces adhérences on trouve signalés, quelquefois, des épaississements considérables de la plèvre viscérale, comme dans les obs. 25, 27 et 43. Dans cette dernière observation elles mesuraient 6 à 8 centimètres d'épaisseur.

Toutes ces adhérences étaient consécutives à des lésions scléro-gommeuses du poumon.

Le siège de ces adhérences est variable. Nous avons dit

qu'elles étaient le plus souvent en rapport avec la topographie des sommets pulmonaires. Elles siègent, dans la majorité des cas, au niveau de la partie postérieure des bases, quelquefois au sommet, rarement à la partie moyenne.

Dans l'observation 27, les adhérences pleurales résultaient et des lésions pulmonaires et des lésions hépatiques. Foie et poumon étaient de chaque côté de la plèvre symétriquement altérés.

Les épanchements pleuraux observés sont de nature très différente ; quelques observations nous ont paru bien discutables.

Notamment l'obs. 12, où les lésions pulmonaires consistaient uniquement en induration de quelques lobules à la base du poumon et en dilatation des bronches correspondantes.

La plus typique de toutes les observations est celle de Balzer (37). La plèvre droite contenait 2 litres de liquide louche et sanguinolent, il y avait un épaissement marqué des feuillets et des masses fermes jaunâtres, d'apparence caséeuses, grosses comme un pois ou un grain de millet.

Nous verrons plus loin que ce liquide séro-sanguinolent a été retrouvé plusieurs fois, notamment par Dieulafoy.

D'autres fois, le liquide trouvé à l'autopsie a été séropurulent (14), trouble (15), citrin (17, 42).

Les plèvres pariétale et viscérale sont souvent épaissies, recouvertes de fausses membranes (cas de Balzer et obs. 16).

L'épanchement est en général moyen ; l'obs. 37, par exception, était de 2 litres.

Quant aux lésions du poumon, elles sont diverses. Les plus fréquentes sont les lésions gommeuses (comme sous-pleu-

rales) ou scléro-gommeuses, plus rarement la sclérose pure ou la pneumonie syphilitique (obs. 11).

Pleurésie secondaire avec lésion syphilitique tertiaire du viscère voisin

Les lésions syphilitiques des viscères voisins de la plèvre peuvent l'atteindre par propagation. Ces cas sont assez rares et nous avons trouvé seulement 4 autopsies où des faits de ce genre soient signalés.

A part l'obs. 27 où les lésions hépatiques coïncidaient avec les lésions pulmonaires, nous trouvons 2 cas où les lésions syphilitiques siègent dans le foie et dans les organes du médiastin.

Dans le premier (obs. 6), c'était une gomme énorme de la face supérieure du foie qui pénétrait à travers les diaphragmes, traversait la plèvre et envahissait même une partie du lobe inférieur du poumon droit. Dans le second (obs. 5), c'était une myocardite fibro-gommeuse, avec nodules gommeux de l'oreillette droite, des tumeurs gommeuses développées dans le tissu conjonctif périaortique qui avaient déterminé de l'induration et de la sclérose du tissu cellulaire ou médiastin avec propagation du processus aux feuillets pleuraux avoisinants.

Telles sont, rapidement étudiées, les lésions macroscopiques que produit la syphilis tertiaire de la plèvre.

Quels vont en être les symptômes?

Étude clinique

La rapide étude anatomique que nous venons de faire des lésions syphilitiques de la plèvre nous montre que, le plus

souvent, elles sont de peu d'importance, bien minimes même, si on les compare aux lésions qui les ont provoquées et qui les entourent. Si l'on joint à cela que la marche de l'infection est lente, que le processus de sclérose s'étend peu à peu de proche en proche, sans réaction, l'on comprendra que la symptomatologie de ces pleurésies soit très minime, qu'elles passent inaperçues et qu'ainsi elles ne constituent que des trouvaillles d'autopsie.

Parfois, cependant, on note des douleurs thoraciques, de la toux, de la dyspnée. Ces symptômes font rechercher une lésion pleurale qui se traduit alors par des symptômes banaux : submatité, matité ; diminution ou abolition des vibrations ; frottement ou signes d'épanchement, sur lesquels nous ne faisons que passer.

Dans d'autres cas, cependant, ces pleurésies ont une symptomatologie plus nette.

Tel est le cas de Dieulafoy et, malgré qu'il soit cité dans tous les classiques, il mérite néanmoins de l'être ici. En 1883, il fut appelé à donner ses soins à un homme en proie à une dyspnée terrible qui, depuis un an, se renouvelait chez lui par des poussées plus ou moins aiguës. On avait diagnostiqué une broncho-pneumonie tuberculeuse. Il existait un épanchement pleural d'environ 1,200 gr. Une ponction fut pratiquée qui permit d'évacuer 600 gr. sans soulagement : le liquide était rosé. Tous ces symptômes cédèrent au traitement mercuriel.

Dans d'autres cas on assiste, malgré l'existence derrière la pleurésie d'une lésion pulmonaire, à l'apparition des divers symptômes d'une pleurésie aiguë sérofibrineuse.

Les pleurésies consécutives à une lésion d'un viscère voisin : péripleurésie de Nikouline, sont rares.

Nous avons cité quelques autopsies. Les observations cliniques sont au nombre de 2.

L'une est de Talamon, l'autre de Nikouline.

Dans la première, la pleurésie était consécutive à une gomme située au voisinage de l'appendicé xyphoïde. Le début de la pleurésie fut brusque : point de côté, toux fréquente et pénible, sans expectoration, amaigrissement. Une ponction fut faite qui évacua 200 gr. de liquide séreux. Gomme et pleurésie guérirent sous l'influence du traitement spécifique.

Dans la seconde, le début fut également brusque : point de côté, toux, dyspnée ; en même temps, lésion spécifique costale.

Pleurésies primitives

Plus intéressantes sont les pleurésies primitives. Nous en avons relevé 7 observations : Nikouline, Talamon, Roque et Garin, Parisot, Roger et Sabaréanu, Baurepaire, comprenant une pleurésie sèche et six avec épanchement.

Pleurésie sèche. — Le malade de Nikouline était tourmenté depuis plusieurs mois par une toux continuelle, sèche, avec dyspnée. Il avait une fièvre modérée, des douleurs thoraciques, unilatérales, s'étendant à la fosse sus-épineuse. Ces douleurs étaient augmentées par la toux et par les inspirations profondes. A l'auscultation : bruits de frottements disséminés dans les deux poumons, sans bruits pulmonaires surajoutés. Grâce au traitement spécifique la fièvre disparut, puis ce furent les autres symptômes de pleurite.

Pleurésie avec épanchement. — Les symptômes de ces pleurésies sont ceux de toute pleurésie aiguë sérofibrineuse.

C'est soit en pleine santé, soit à la suite d'un refroidissement (obs. 33) que le malade a été pris d'un point de côté violent, de toux, de dyspnée, et que sont apparus ensuite tous les signes d'un épanchement qui, trois fois sur quatre (obs. 4, 33, 35), fut assez abondant pour nécessiter une ponction. Ces pleurésies s'accompagnèrent de fièvre. On ne trouva jamais, à l'auscultation, de signes permettant de soupçonner une lésion pulmonaire sous-jacente. L'évolution de ces pleurésies paraît, dans tous les cas, avoir été singulièrement améliorée par le traitement spécifique.

Dans les deux observations de Baurepaire, l'épanchement apparut insidieusement et ce furent seulement des symptômes de gêne respiratoire qui firent découvrir l'épanchement pleural. D'ailleurs, ces deux observations nous paraissent très discutables.

Dans l'une, c'est, il est vrai, trois ans après la guérison par le traitement spécifique d'une pneumonie fibreuse qu'apparut l'épanchement pleural qui guérit sous l'influence du même traitement, mais on vit succéder à cette pleurésie une tuberculose pulmonaire classique, si bien qu'à notre avis la lésion pleurale doit être considérée comme le premier symptôme traduisant le réveil de la bacillose (obs. 42).

Dans l'autre (obs. 43), l'épanchement insidieux n'est-il pas le premier des symptômes de l'urémie à laquelle succomba rapidement la malade?

Le liquide pleural retiré par ponction fut, dans tous ces cas, un liquide clair, fibrineux.

L'examen cytologique fut pratiqué par Roger et Saba-

réanu (obs. 36) : Lymphocytose presque pure par Roque et Garin (obs. 33).

Lymphocytes	60 %
Grands mono.....	20 %
Gl. rouges.....	15 %

Différentes recherches furent faites sur ces liquides en vue d'établir la nature syphilitique ou autre de ces pleurésies.

La réaction de Wassermann fut faite trois fois (33, 35, 36) et fut constamment positive. Elle était, il est vrai, dans ces trois cas, également positive sur le sérum sanguin.

L'inoculation au cobaye fut pratiquée trois fois et fut négative. Les cultures furent stériles. De même les recherches sur les crachats ne montrèrent jamais de bacilles de Koch.

Il nous reste, maintenant que nous avons vu quelle était la symptomatologie de ces pleurésies tertiaires, à examiner leur moment d'apparition au cours de la syphilis, la coexistence ou non d'autres accidents et, enfin, l'effet sur leur évolution du traitement spécifique.

Date d'apparition après la syphilis : de 2 ans (obs. 17 et 18) à 42 ans (obs. 22) après le chancre. Il semble, cependant, que, le plus souvent, c'est entre 14 et 17 ans que ces lésions pleurales apparaissent.

Dans un certain nombre de cas, les malades étaient porteurs de lésions syphilitiques multiples en évolution : gommès au niveau de l'appendice xyphoïde (obs. 3), du voile du palais (obs. 5), du front du tibia (obs. 7), du crâne, de la langue, du foie, du rein, de la rate (obs. 16), du

larynx et du pharynx (obs. 17), du foie, du testicule (obs. 25, 27).

Les cas qui ont été soumis à l'action du traitement mercuriel sont peu nombreux ; sur un total de 44 observations nous n'en trouvons que 14 dans lesquels on peut en suivre les effets. Beaucoup d'autres observations ne sont, en effet, que des trouvailles d'autopsie.

OBS. 1 (Preetorius). — Une pleurésie sèche, datant de 4 à 6 semaines, traitée par 2 grammes d'iodure de potassium, disparut en 15 jours. Il ne restait qu'une adhérence de 2 feuillets de la plèvre qui céda à une gymnastique respiratoire.

OBS. 2 (Preetorius). — L'influence du traitement est peu nette. Il semble même, d'ailleurs, qu'il s'agisse de tuberculose.

OBS. 3 (Talamon). — Guérison rapide. Un mois après le début du traitement, il persistait seulement un peu de matité, d'obscurité respiratoire au niveau d'une base.

OBS. 4. — Les lésions gommeuses du voile du palais guériront en une dizaine de jours. L'épanchement, malgré une ponction de 1,500 gr., persiste à ce moment et a peu diminué.

OBS. 13. — Pleuropneumonie syphilitique datant de 5 mois. Amélioration rapide sous l'influence du traitement.

OBS. 17. — Les manifestations autres que la pneumopathie (gommès à l'autopsie) s'améliorèrent sous l'influence de l'iodure. — Mort.

OBS. 18. — Sous l'influence de l'iodure un épanchement,

datant de 15 jours, se résorba. Des signes douteux au niveau d'un sommet et les reliquats de la pleurésie disparurent sous l'influence du traitement mercuriel.

Obs. 20. — Lésions pleuropulmonaires (cavernes et épanchement). En 6 mois, sous l'influence d'un traitement mercuriel, guérison. Il persistait seulement de légers frottements à la base droite.

Obs. 31. — Pleurésie liée à une ostéite costale syphilitique. Dure depuis 3 mois. Guérison rapide et complète.

Obs. 32. — Pleurésie primitive datant de plusieurs mois. Dès le début du traitement par les iodures, la température, qui se maintenait aux environs de 38°, devint normale. Au bout de quelques semaines, la toux, les douleurs et les bruits de frottements disparurent et la guérison ne tarda pas à s'établir.

Obs. 33. — Pleurésie à gros épanchement datant de dix jours. Traitement mercuriel. Dès le sixième jour, l'épanchement a disparu. Après 20 jours de traitement, les signes pulmonaires ont complètement disparu.

Obs. 34. — Depuis un an, dyspnée. Epanchement. Lésions pulmonaires. Disparition de l'épanchement. La dyspnée interne s'améliora en quelques semaines, mais les lésions bronchopulmonaires furent plus lentes à s'améliorer.

Obs. 35. — Léger épanchement pleural datant de 15 jours. Traitement mercuriel et, trois semaines après, on n'en trouve aucune trace.

Obs. 36. — Gros épanchement pleural datant de 15 jours lorsqu'on institua le traitement spécifique. Résultat excellent. 21 jours après, la respiration s'entend dans tout le poumon.

Les résultats du traitement mercuriel sont fort divers. Si dans quelques cas il a amené une rapide guérison, dans d'autres, au contraire, son efficacité a été fort douteuse. Il fut, dans beaucoup de cas, appliqué tardivement et l'on a, dans beaucoup d'autres, l'impression que le traitement spécifique améliore d'abord l'état général et que ce n'est que secondairement que la pleurésie guérit.

ÉTUDE CRITIQUE

Après avoir étudié aussi complètement que possible la symptomatologie des pleurésies qui ont été décrites sous le nom de pleurésies syphilitiques et après avoir insisté, ainsi que nous l'avons fait, sur les caractères un peu spéciaux qu'elles peuvent présenter, il nous reste à voir, à juger de leur nature. Les différents symptômes pleuraux, la coïncidence d'accidents syphilitiques en évolution, l'effet du traitement, les divers examens de laboratoire pratiqués à leur sujet, tous ces faits sont-ils suffisants pour établir la nature syphilitique de ces pleurésies? Nous avons vu, en traçant rapidement l'histoire de leur étude, qu'elles ont été tour à tour niées, tour à tour affirmées. Nous essaierons, après avoir examiné le pour et le contre, de conclure.

La question qui se pose à notre étude, maintenant, est celle-ci : la pleurésie syphilitique a-t-elle fait sa preuve?

Dans cette étude nous suivrons le plan suivant : dans une première partie nous grouperons et nous discuterons les différents caractères qui ont permis d'affirmer leur existence ; nous étudierons ensuite les différents arguments que l'on a produits en faveur de leur origine tuberculeuse et nous essaierons de conclure.

Disons dès maintenant que certaines observations ne sont

pas discutables, que la nature syphilitique de certaines pleurésies est évidente, que, d'autre part, la nature tuberculeuse de certaines autres est non moins indiscutable.

Parmi les premières nous rangeons, ainsi que M. Sergent le fait dans une leçon clinique récente, les pleurésies qui apparaissent au stade tertiaire et qui sont constituées par des lésions scléro-gommeuses de la plèvre en évolution ou cicatricielles. Elles sont associées à la pneumopathie syphilitique, ou à des lésions des viscères voisins, ou à des lésions de la paroi thoracique (dans ce groupe rentrent les observations de Dieulafoy, que nous avons déjà cité ; de Balzer et Jacquin, de Gaucher), ou à des lésions portant sur le squelette comme les observations de Nikouline, etc.

Dans le deuxième groupe, où la nature tuberculeuse de la pleurésie est évidente, rentrent les observations de Bezançon et Gastinel, de Baurepaire pour les pleurésies du stade roséolique et celle de Baurepaire et notre observation pour les pleurésies du stade tertiaire. Il s'agissait d'un malade entré dans le service de notre maître, M. le docteur Belin, à l'hôpital de la Charité, avec un épanchement pleural assez abondant. Cet homme, syphilitique depuis 13 ans, portait sur le corps des cicatrices brunâtres de syphilides ulcéreuses. Il n'avait que peu de signes pulmonaires. Le Wassermann fut positif à la fois sur le liquide pleural et sur le sérum sanguin. Deux inoculations au cobaye furent pratiquées : la première, intrapéritonéale, avec 5 centimètres cubes de liquide pleural qui ne le tuberculisa pas ; l'autre, avec le culot, obtenu par la centrifugation de 100 centimètres cubes de liquide pleural et qui, seule, donna un résultat positif. Le traitement spécifique n'eut d'ailleurs

aucun effet appréciable sur l'évolution de cet épanchement tuberculeux.

Restent donc en discussion deux variétés de pleurésies : celles du stade roséolique et celles de la période tertiaire, qui paraissent indépendantes de toutes lésions pulmonaires, les pleurésies tertiaires primitives.

Arguments en faveur de la syphilis

Deux ordres d'arguments peuvent être invoqués en faveur de cette origine : ceux qui sont tirés de la clinique et ceux qui résultent des examens de laboratoire.

Examinons successivement les uns et les autres.

a) ARGUMENTS TIRÉS DE LA CLINIQUE. — L'examen du malade, la constatation d'autres lésions spécifiques qui présentent la même évolution, qui sont apparues en même temps ou un peu avant l'épanchement ; les symptômes d'infection générale syphilitique, l'efficacité du traitement constituent sinon des preuves, tout au moins des présomptions en faveur d'une origine commune aux accidents cutanés, muqueux, viscéraux et pleuraux. Si on les rencontrait dans tous les cas décrits sous le nom de pleurésie dite syphilitique, on serait en droit, nous semble-t-il, de penser avec un peu plus de raison à la nature syphilitique de l'épanchement.

En est-il ainsi ?

Pas toujours.

Cependant, dans un certain nombre d'observations que nous allons étudier, on assiste à une évolution absolument parallèle des accidents cutanés et des accidents pleuraux.

Dans l'observation de Sédillot, c'est un jeune homme de 21 ans, chez lequel apparurent, en même temps qu'une roséole intense, une petite toux, sèche, douloureuse, des points de côté thoraciques multiples et bilatéraux exacerbés par les mouvements respiratoires amples et par la toux. Cette pleurésie bilatérale, d'abord sèche, puis avec épanchement léger, guérit sous la seule influence du traitement spécifique. Trois semaines après leur apparition, roséole et pleurésie avaient complètement disparu.

Il en est encore de même dans l'observation de Bergé et Roudinesco, où l'apparition de la pleurésie coïncide avec celle de la roséole. Nous citerons encore comme autres exemples, les observations de Dieulafoy (25), de Richard d'Aulnay (20), de Lépine (31), de Chantemesse (2), de Montserret (23), de Spillmann et Etienne (45), les observations de Oettinger et Malloizel.

Dans un certain nombre de cas, au contraire, les symptômes pleuraux ont fait une apparition tardive, soit à la fin de la roséole, comme dans l'observation de Bezançon et Gastinel. C'est, dans ce cas, deux mois après l'apparition d'une roséole de retour. Dans d'autres observations, on note l'apparition isolée, plus ou moins longtemps avant la pleurite, de plaques muqueuses peu abondantes : observations de Le Damany, de Carra (obs. 11). Ici les syphilides cutanées étaient en voie de disparition, mais il existait sur la langue, les amygdales des plaques muqueuses. Ces cas sont évidemment moins en faveur de l'origine syphilitique de ces épanchements.

Nous avons vu, en étudiant les symptômes de ces pleurésies, qu'elles apparaissaient assez souvent en même temps

que d'autres accidents traduisant l'atteinte générale de l'organisme par le tréponème. A ce sujet, nous pouvons citer ici avec intérêt une observation de Brousse (25), où l'on voit d'une façon très nette l'évolution absolument parallèle des accidents pleuraux et des accidents généraux ; ceux-ci comme ceux-là réapparaissant toutes les fois où par raison d'intolérance on était obligé de suspendre le traitement mercuriel et disparaissant lorsqu'il était repris.

Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme de 22 ans, syphilitique depuis un an et demi, et atteint, le 14 janvier 1893, de pleurésie ; jusqu'au 20 janvier les symptômes augmentent. On institue à ce moment le traitement mercuriel. Le 25, disparition du point de côté. Diminution de la toux, de l'épanchement. Persistance des frottements. Le 30, même état. Symptômes d'intoxication mercurielle. On suspend le traitement. 2 jours après, nouvelle poussée pleurale. On reprend le mercure. Le 10 février, amélioration rapide. Diminution des frottements pleuraux.

Le 1^{er} mars, arthralgie nocturne, crises violentes qui cèdent au traitement mercuriel. Nouvelle crise le 10 avril, s'accompagnant de symptômes pleuro-pulmonaires. Traitement. Grande amélioration.

Nous pourrions encore citer comme autre exemple de pleurésie apparue au milieu d'autres accidents spécifiques l'observation (30) de Richard d'Aulnay, où l'on vit apparaître, chez un jeune homme de 25 ans, au cours d'une roséole intense, d'abord une pleurésie à épanchement suffisamment abondant pour nécessiter une ponction évacuatrice, ensuite un ictère avec grosse rate, sans hypertrophie du foie, ni douleur au niveau de la vésicule ; ensuite une

phlébite de la veine poplitée et enfin de l'arthralgie. Tous ces accidents apparurent et disparurent du 2 janvier au 13 mars.

Il y a tout lieu, dans de tels cas, semble-t-il, tout au moins au premier abord, d'admettre que pleurésie et autres accidents relèvent de la même cause, la syphilis. Nous verrons cependant plus loin, en discutant les arguments en faveur de la tuberculose que, dans l'observation 25, la tuberculose peut, avec beaucoup de raison, être invoquée comme cause réelle de la pleurésie.

L'efficacité du traitement spécifique sur ces pleurésies, leur disparition rapide sous son influence, serait encore un argument en faveur de leur origine syphilitique. Nous avons vu, en étudiant les symptômes de ces pleurésies secondaires, que l'effet du traitement était bien variable, que si dans certains cas la pleurésie paraissait fondre devant lui, dans beaucoup d'autres cas, au contraire, son action paraissait moins nette, presque douteuse. Et il y a lieu maintenant, nous semble-t-il, de comparer l'action du traitement sur les accidents pleuraux et sur les autres cutanés, muqueux, etc. Si l'on parcourt dans ce but les différentes observations que nous avons recueillies, on voit d'abord que dans un grand nombre, ce renseignement n'est pas indiqué, et cela 29 fois sur 47. Dans les 18 observations qui peuvent être utilisées, 10 fois on trouve noté le fait de la disparition simultanée de l'épanchement et des lésions cutanées (obs. 47, 48, 43, 41, 30, 28, 21, 19, 18, 14).

Plusieurs fois, ou bien la pleurésie était guérie rapidement sous l'influence du traitement, tandis que les autres manifestations de la syphilis persistaient comme dans l'ob-

servation 27, ou bien les lésions cutanées ou muqueuses disparaissaient les premières comme dans l'observation 10 où, 20 jours après le début, la pleurésie se traduisait encore par des frottements, de la submatité, et cela, malgré un traitement mercuriel intense. Il en est de même dans les observations 22 et 23. Dans d'autres cas enfin, les lésions pleurales et les autres n'ont pas paru influencées par le traitement (obs. 15).

Disons pour terminer que, comme nous l'avons déjà signalé, la pleurésie est apparue dans quelques cas seule, sans lésions cutanées (obs. 46, 26, 4).

On voit donc encore sur ce point qu'il existe des différences dans l'évolution de ces pleurésies. Si certaines sont guéries par le traitement d'une façon rapide, surprenante même, il en est beaucoup — toutes proportions gardées — qui ne sont que peu influencées. C'est, dans le premier cas, en faveur de leur origine spécifique. Dans le second, un doute est permis.

En faveur de la spécificité, l'examen clinique du malade peut encore invoquer, nous semble-t-il, deux arguments : la bilatéralité de la pleurésie et l'examen ultérieur du malade.

Bilatérales : ces pleurésies le sont assez souvent, 15 fois sur 49 observations. Ce qui, dans ce cas, serait évidemment en faveur d'une origine générale (sanguine), et non locale (pulmonaire) de la pleurésie. Cette bilatéralité n'est aucunement en rapport avec la gravité de la syphilis ou tout au moins des accidents spécifiques contemporains.

L'examen ultérieur du malade n'a été fait qu'un petit nombre de fois. Nous ne le trouvons mentionné que 6 fois

sur 47. Ces malades furent revus, plusieurs mois après la pleurésie (obs. 16 et 23) ; 4 mois après, Blanchier ; 8 mois après (obs. 30 et 31), et, à ce moment, l'examen du poumon fut toujours négatif. L'examen général du sujet ne révélait rien de suspect. Dans l'observation qui nous a été communiquée par Sédillot, le malade accomplit après, sans accidents, son service militaire et jamais on n'eut l'occasion de soupçonner la tuberculose.

Tels sont les différents arguments que la clinique peut fournir à l'appui de l'origine spécifique de ces pleurésies. Nous voyons, en somme, qu'il n'en est guère de probant ; que ces pleurésies sont trop diverses, qu'elles réagissent d'une manière trop différente au traitement spécifique, etc., pour que l'on puisse, par l'examen clinique seul, affirmer la nature spécifique de toutes ces pleurésies dites syphilitiques.

b) PROCÉDÉS DE LABORATOIRE. — L'examen cytologique du liquide pleural qui, nous l'avons vu, n'a été pratiqué que 8 fois, n'a fourni que des résultats peu précis.

Si les mononucléaires seuls ont été rencontrés 2 fois, on a trouvé, par contre, dans les 6 autres cas, une éosinophilie assez considérable atteignant jusqu'à 37 % et se maintenant ordinairement aux environs de 4 à 5 %. Ce sont, dans tous les cas, des mononucléaires éosinophiles. L'examen du sang, pratiqué plusieurs fois, n'y a montré rien d'analogue.

Cette éosinophilie est-elle spéciale à la syphilis pleurale ? Les recherches de Widal et Ravaut, en 1901, la thèse de Ravaut parue la même année, montrent que l'éosinophilie se rencontre dans plusieurs variétés de pleurésies. C'est

ainsi que Ravaut cite des cas d'éosinophilie pleurale au cours de la fièvre typhoïde. La proportion des éosinophiles était de 23 %. Au cours de la tuberculose pulmonaire, l'épanchement était dans ces cas hémorragique et il existait 54 % d'éosinophiles. Dans un autre cas, où l'étiologie de cette éosinophilie pleurale à 14 % est restée inconnue, l'examen du sang pratiqué ne montra qu'un taux normal d'éosinophiles. Rieux, dans son *Traité d'hématologie et de cyto-logie*, cite une observation analogue dans laquelle l'étiologie est restée inconnue.

L'explication d'une semblable réaction est encore en partie ignorée.

Il semble que pour les pleurésies syphilitiques l'éosinophilie soit un phénomène tardif, ou tout au moins qui augmente à mesure que l'on avance dans l'évolution de ces épanchements. Il est remarquable, d'ailleurs, que beaucoup de ces épanchements à éosinophiles, comme dans l'observation de Bergé, sont riches en globules rouges. De même, et pour des raisons identiques, certaines pleurésies hémorragiques contiennent également une forte proportion d'éosinophiles.

L'inoculation au singe ne fut pratiquée qu'une fois par Ravaut et donna un résultat négatif.

L'inoculation au cobaye fut pratiquée plusieurs fois. Elle donna toujours, sauf dans un cas où le cobaye devint tuberculeux, un résultat négatif. Et cette absence de tuberculisation est considérée comme un argument en faveur de la syphilis.

Il en est de même de l'examen et de l'inoculation des

crachats. Nous reprendrons du reste ces faits plus loin, lorsque nous étudierons les arguments en faveur de l'origine tuberculeuse de nombre de ces pleurésies.

La réaction de Wassermann, pratiquée avec le liquide pleural, peut-elle donner un argument précis en faveur de la fréquence syphilitique de ces épanchements?

Elle a été pratiquée 2 fois pour la pleurésie du stade secondaire (obs. 46 et 47). Elle fut faite et sur le sérum sanguin et sur le liquide pleural. Dans les 2 cas, pour les 2 liquides, elle donna des résultats positifs. Et cependant, le liquide pleural de l'observation 38 tuberculisa le cobaye. 2 Wassermann furent en outre pratiqués par MM. Roger et Sabaréanu, avec l'exsudat des pleurésies tertiaires ; il fut positif. Mais ces auteurs, pratiquant la même réaction avec du liquide de vésicatoire, obtinrent également une réaction positive. Ils admettent même à la suite de différents travaux, que chez un syphilitique dont le sérum sanguin devient le complément, tout exsudat, quelle qu'en soit la cause, est capable de produire la même réaction. Toutefois, Garin et Laurent ont constaté que le Wassermann n'est pas toujours positif avec le liquide pleural quand il l'est avec le sérum, d'où ils concluent que si le Wassermann pleural est positif aussi, c'est qu'il y a un processus pleural en évolution. Nous citerons à l'encontre de cette façon de voir, les résultats du Wassermann de l'observation de Bezançon et de notre observation, où les réactions furent positives et les liquides pleuraux inoculés au cobaye le rendirent dans les 2 cas tuberculeux.

Il semble donc que par la méthode du laboratoire, peut-être plus encore que par la clinique, la pleurésie que l'on

décrit au stade secondaire de la syphilis comme pleurésie syphilitique n'a pas fait sa preuve.

Il nous reste maintenant à voir si son origine tuberculeuse l'a faite davantage.

Arguments en faveur de l'origine bacillaire de ces pleurésies

Les arguments que l'on peut invoquer en faveur de l'origine tuberculeuse de ces pleurésies peuvent être comme ceux que nous avons étudiés, en faveur de la syphilis, de deux ordres : des arguments tirés de la clinique, des arguments fournis par le laboratoire. Il est, en dernier lieu, toute une série de considérations d'ordre général que nous devons également examiner, sur les rapports qui existent entre la syphilis et la tuberculose.

ARGUMENTS CLINIQUES. — Ils comprennent l'étude des antécédents héréditaires et personnels des malades, l'évolution de la maladie, les lésions pulmonaires concomitantes, l'examen ultérieur du sujet, à plusieurs mois d'intervalle, etc.

Les antécédents des malades sont très rarement mentionnés dans les observations que nous avons recueillies. Sur 43 observations, ils ne sont mentionnés que 11 fois. 7 fois on n'y trouve mentionné rien de suspect. Dans les 4 cas où des lésions bacillaires peuvent être suspectes nous trouvons :

Obs. 23. — Le père meurt tuberculeux à 33 ans. Le malade a présenté dans son enfance des manifestations scrofuleuses. C'est en outre un alcoolique.

OBS. 46. — Antécédents tuberculeux des plus nets aussi bien héréditaires que personnels.

OBS. 22. — Il est fait seulement mention des antécédents personnels. Bronchite 10 ans auparavant. Il en est de même dans l'observation 19.

Or, dans l'observation 46, la pleurésie était tuberculeuse, et mit longtemps à guérir. Elle ne parut pas influencée par le traitement mercuriel. On voit qu'il en est de même dans l'observation 23. Dans cette observation que nous avons déjà relatée en partie, Montserret vit disparaître très rapidement l'épanchement sous l'influence du traitement, tandis qu'apparaissaient d'autres manifestations spécifiques, articulaires, etc., qui ne cédèrent qu'à un traitement plus intensif, et, plusieurs mois après la guérison de cet accident, le malade présentait encore une légère submatité avec rudesse de la respiration dans le tiers inférieur du poumon. Cette pleurésie pourrait, nous semble-t-il, être considérée à juste titre comme d'origine tuberculeuse.

L'évolution lente de beaucoup de ces pleurésies, la persistance longtemps après leur guérison apparente de signes pleuraux, submatité, diminution de la respiration, peuvent encore être considérées comme en faveur de leur origine bacillaire. Et nous avons vu plus haut que, si un certain nombre d'entre elles guérissent complètement en 8 et 15 jours sous l'influence du traitement, en même temps que les accidents cutanés, d'autres, si elles sont apparues en même temps qu'eux, ont évolué d'une façon presque indépendante. C'est là, nous semble-t-il, une distinction importante à faire.

L'examen ultérieur du sujet a été pratiqué un petit

nombre de fois et nous avons vu qu'il avait été toujours négatif.

Les arguments tirés du laboratoire sont de même ordre. Les examens des crachats sont rarement faits. Dans l'observation de Le Damany (10), c'est à trois reprises qu'il fut pratiqué sans résultat. Il fut également négatif dans l'observation 23. Il est d'ailleurs à remarquer que l'examen des crachats sur lame, sans précaution spéciale, est le plus souvent insuffisant pour déceler les bacilles de Koch au début de lésions bacillaires. Il faut autant que possible, dans ces cas, avoir recours à des méthodes particulières, dont l'une très simple et très pratique a été préconisée par M. Bezançon : l'homogénéisation des crachats. Elle permet de réunir sur une petite surface les éléments microbiens qui existent ou peuvent exister dans une quantité considérable de crachats. On peut en outre, pour augmenter la quantité de crachats, faire prendre au malade, la veille du jour de l'examen, un peu de kermès pour exagérer la sécrétion bronchique. L'examen fait dans ces conditions permettra, comme le fait est arrivé dans l'observation 38, de trouver beaucoup plus fréquemment le bacille de Koch.

D'ailleurs, on sait qu'un résultat négatif n'a de valeur, en biologie, que s'il se maintient tel un assez grand nombre de fois et qu'un seul examen négatif de crachats n'a aucune valeur.

Nous dirons à peu près la même chose de l'inoculation au cobaye. Elle fut pratiquée 5 fois avec 1 seul résultat positif (obs. 38). Dans les 4 cas négatifs, elle fut pratiquée aux doses suivantes :

OBS. 10. — 2 centimètres cubes.

OBS. 37. — 10 centimètres cubes, intra-péritonéal.

OBS. 47. — 5 centimètres cubes, intra-péritonéal.

Ces quantités de liquide pleural injectées une fois sont suffisantes, il est vrai, dans certains cas. Mais cette dose n'est pas assez élevée pour qu'un résultat négatif ait une valeur. Ravaut, dans sa thèse, indique que les quantités injectées doivent être beaucoup plus considérables. La technique qui lui semble préférable est celle-ci : injecter aussitôt après la ponction 25 à 30 c. c. dans la cavité péritonéale du cobaye. Plusieurs jours après, 30 c. c., de façon à injecter en totalité 60 c. c. Avec une semblable technique il a obtenu les résultats suivants : il a inoculé 31 fois le liquide de pleurotuberculose primitive et a obtenu 15 tuberculoses expérimentales, soit 48,3 % de résultats positifs ; 9 fois le liquide de pleurotuberculose secondaire et a obtenu 7 résultats positifs, soit 77 % de résultats positifs.

On voit donc, par ces chiffres, que les résultats négatifs obtenus dans les cas qui nous intéressent n'ont aucune valeur.

Il est en outre, dans ces inoculations, un autre élément dont on doit tenir compte. C'est la date du début de la pleurésie. On sait, en effet, que le liquide pleural, dans la pleuro-tuberculose, est d'autant plus virulent qu'on se rapproche davantage du début de l'affection. Or, les inoculations qui ont été pratiquées dans nos observations l'ont été, dans 2 cas sur 3, tardivement, au moment où l'épanchement commençait à diminuer. C'est encore un fait de plus contre la valeur de ces résultats négatifs.

Il paraît donc que les différents arguments, tant cliniques qu'expérimentaux, que l'on peut fournir contre la nature bacillaire et en faveur de la nature syphilitique de ces pleurésies, ont peu de valeur. Les examens n'ont pas été pratiqués avec une rigueur suffisante pour que l'on puisse conclure en faveur de la nature non tuberculeuse de ces pleurésies. Le doute est toujours permis. Ce doute s'accroît encore, si l'on compare les localisations habituelles et l'évolution générale de la tuberculose et de la syphilis.

L'une se localise avec une prédilection frappante sur les différentes séreuses de l'économie, plèvre, péricarde, péritoine, méninges, synoviales. L'on sait, depuis les recherches du professeur Landouzy, que l'immense majorité des pleurésies séro-fibrineuses relève du bacille de Koch. Il paraît en être de même pour bon nombre de péricardites. L'on sait, en outre, la fréquence des arthrites, synovites, méningites et péritonites dues à la même cause.

La syphilis, au contraire, ne se localise qu'avec une exceptionnelle rareté sur les séreuses. Si l'on met à part les méningites qui, latentes ou plus rarement aiguës, sont fréquentes pendant la période secondaire, et dues à des lésions d'endo et de péri-vascularites, les manifestations de la syphilis sur les autres séreuses sont encore à décrire. A-t-on observé des péricardites, des synovites, des péritonites qui soient dues au tréponème? Nous ne le croyons pas. Si la tuberculose aime les séreuses, la syphilis se localise de préférence au niveau des artères.

Le dernier argument en faveur de la tuberculose que nous ayons à examiner, c'est l'étude des relations de la syphilis et de la tuberculose, l'effet sur l'évolution de la tuberculose au début d'une syphilis surajoutée.

Les relations qui existent entre la syphilis et la tuberculose, le retentissement que peut avoir sur l'évolution de l'une d'elles l'apparition de l'autre, l'effet sur leur association du traitement spécifique sont des questions fort complexes, fort intéressantes, qui ont été mises en lumière par M. Sergent dans son livre *Syphilis et Tuberculose*.

Les deux affections peuvent prendre, l'une vis-à-vis de l'autre, différentes positions. La syphilis peut survenir chez un tuberculeux. La tuberculose peut éclater chez un syphilitique. La tuberculose, dans ce cas, peut éclater tardivement, se greffant par exemple sur des lésions syphilitiques ou sur un malade dont la syphilis n'est plus en évolution.

Les réactions sont différentes dans ces différents cas.

Lors d'une tuberculose se greffant sur une pneumopathie syphilitique, la marche des lésions est le plus souvent arrêtée, ou tout au moins améliorée par le traitement spécifique. Lorsque la tuberculose se développe tardivement chez un syphilitique qui par le traitement qu'il a suivi est prédisposé plus qu'un autre à faire des réactions fibreuses devant toute nouvelle infection, MM. Landouzy et Sergent pensent qu'elle évolue d'une façon toute spéciale, avec une lenteur toute particulière, torpide, apyrétique ; avec peu de tendance à la diffusion.

Lorsque la tuberculose éclate chez un malade atteint de syphilis depuis peu, il y a lieu de distinguer, avec M. Sergent, 2 cas : ou bien la tuberculisation se fait au début des accidents secondaires, ou bien elle est consécutive à cette période. Dans le premier cas, la tuberculose revêt en général une forme grave, et les observations qui en témoignent sont nombreuses et typiques.

Sergent en apporte deux personnelles.

D'autres identiques sont publiées par Stieffel, Jacquinet, Renon.

Cependant, ainsi que le prouvent deux autres observations de Sergent, la tuberculose, après une première phase aiguë, paraît rester stationnaire.

Lorsque la tuberculose apparaît plus tardivement, elle évolue assez rapidement d'abord, puis quelquefois reste stationnaire ou même régresse.

Les conséquences, sur l'évolution d'une tuberculose déjà existante, de l'apparition de la syphilis sont beaucoup plus intéressantes pour nous. C'est, en effet, dans ce groupe que rentrent, pour les auteurs qui n'en acceptent pas l'origine spécifique, les pleurésies du stade secondaire de la syphilis. Pour eux, elles apparaîtraient chez des sujets en puissance de tuberculose. La syphilis, à ce moment, en diminuant la résistance de l'organisme, favoriserait le développement de la tuberculose qui traduirait sa recrudescence par une pleurésie comme elle l'a fait dans d'autres cas par une poussée congestive pulmonaire, ganglionnaire, etc. Le traitement spécifique agissant en augmentant la résistance de l'organisme, celui-ci réagirait à son tour contre la tuberculose pleurale et la guérirait.

L'opinion classique de Potain, de Landouzy, qui est si bien mise au point dans la thèse de Jacquinet, est que la syphilis aggrave toujours la tuberculose. Et, à l'appui de cette théorie, Jacquinet cite des exemples frappants qui méritent d'ailleurs d'être rapportés brièvement.

Dans un premier groupe de faits, la syphilis est survenue chez des tuberculeux avérés et a produit, dans tous les cas,

une aggravation qui, deux fois sur trois, amena rapidement la mort. Dans un cas, il y eut retour à l'état primitif.

Dans un second groupe de faits, la syphilis est survenue chez des malades qui ont présenté, pendant leur roséole, les premiers symptômes de tuberculose et qui, très vraisemblablement, devaient être touchés depuis longtemps.

Dans un cas (obs. 5, Jacquinet), il s'agissait d'un homme de 27 ans, ayant séjourné aux colonies d'où il revint avec la dysenterie et du paludisme. Il contracta la syphilis en décembre 1893 ; en juillet 1894, il a une pleurésie gauche. En novembre, on constate des lésions de tuberculose du sommet gauche, de l'amaigrissement. Le 25 janvier 1895, il est à bout de force, tousse et crache davantage.

La seconde observation est encore plus typique (obs. 9, Jacquinet). Une jeune femme de 20 ans, couturière, entre le 20 mars 1894, à l'hôpital Broca, pour des accidents de syphilis secondaire ayant débuté il y a *quinze jours*. Depuis *quelques semaines*, elle souffre d'un point de côté. Elle a maigri, est très courbaturée. Elle possède des antécédents héréditaires suspects, mais ne présente pas de traces de tuberculose infantile. A l'auscultation, on trouve des râles sous-crépitants fins, de la diminution de la respiration, de la matité à la base, symptômes de pleurésie gauche. Légère amélioration et, le 25 avril, il persiste seulement de la respiration rude au sommet gauche. Le 3 mai, nouveau point de côté violent à gauche. Les jours suivants, on assiste à l'évolution d'une pleurésie avec un assez volumineux épanchement. Une ponction donna issue à un liquide citrin qui tuberculisa le cobaye. L'épanchement diminua un peu, mais l'état général s'aggrava et, le 27 mai, la malade mou-

rut avec des symptômes de granulie, diagnostic qui fut d'ailleurs confirmé à l'autopsie.

Cette observation est superposable, en somme, avec, il est vrai, une évolution plus grave, plus rapide, à celle de Bezançon et Gastinel, où l'on vit évoluer ainsi, après la guérison de la pleurésie, les lésions pulmonaires.

Pour M. Sergent, il y a lieu de distinguer deux cas : ou bien la syphilis survient chez un malade atteint de tuberculose active, et l'action de la syphilis est rapidement aggravante et d'autant plus qu'elle est peu ou pas soignée ; ou bien la syphilis survient chez un malade atteint de tuberculose torpide, chez un malade résistant et alors la syphilis paraît favoriser la guérison de la tuberculose. Il y a d'abord une aggravation, et aussitôt ce cap doublé, s'il peut l'être, amélioration.

Et M. Sergent cite plusieurs observations qui lui ont permis d'arriver à de telles conclusions.

Ces différents faits sont analogues aux accidents pleuraux que nous avons vu apparaître au cours de la période secondaire de la syphilis. Et l'on conçoit que, si l'on oppose l'extrême fréquence de la tuberculose pleurale à la rareté, à l'absence de preuves formelles de la syphilis de la plèvre, il sera possible d'hésiter entre la nature syphilitique ou tuberculeuse de ces pleurésies.

Les raisons que nous avons successivement envisagées et qui témoignent en faveur de la nature bacillaire de ces pleurésies sont assez fortes. Néanmoins, si pour un bon nombre d'observations elles entraînent notre conviction, dans quelques cas cependant, où l'évolution des accidents cutanés et pleuraux est identique absolument et où les malades

suivis pendant longtemps n'ont présenté aucun symptôme de tuberculose, où ces malades n'ont présenté, à aucun moment de leur existence, de stigmates de bacillose, nous serions tenté d'admettre l'origine syphilitique de ces pleurésies. Parmi ces cas, nous citerons l'observation de Sédillot, celles de Dieulafoy, par exemple, de Bergé.

La preuve de la pleurésie syphilitique n'existe pas encore. Nous avons pensé, au début de ce travail, à rechercher cette preuve chez le singe. Mais les lésions secondaires que présentent ces animaux sont trop minimes, trop différentes de celles de l'homme, pour que nous persistions dans cette voie.

La preuve de syphilis pleurale pourrait encore être fournie par la réaction de Wassermann, à une condition, c'est qu'elle soit seulement positive sur le liquide pleural, négative sur le sérum sanguin. Une telle réaction indiquerait un processus syphilitique local en évolution. Ce serait, transposé sur la plèvre, ce que Marie, Levaditti, les premiers, et beaucoup d'autres auteurs ont observé et observent souvent sur le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux ou des tabétiques. On sait, en effet, qu'on trouve parfois un Wassermann positif sur le liquide céphalo-rachidien et négatif sur le sérum sanguin.

Cette preuve, d'ailleurs, n'existe pas encore.

Elle ne pourrait en tous cas servir que pour le diagnostic de la pleurésie tertiaire que nous devons maintenant discuter.

Ce que nous avons dit au sujet des pleurésies du stade secondaire s'applique en général aux pleurésies du stade tertiaire.

Parmi les observations de pleurésies tertiaires secondaires, il en est cependant un certain nombre dont la nature spécifique est discutable. Il n'y existe ni examen ultérieur, ni examen bactériologique des crachats ou du liquide pleural. Les antécédents sont absents. On y trouve enfin une série de symptômes qu'on est habitué à rencontrer plus souvent dans la tuberculose que dans la syphilis.

Dans l'observation 1 : troubles gastriques, amaigrissement, anorexie, des hémoptysies, des sueurs nocturnes. Dans l'observation 2 : des modifications, du murmure vésiculaire. Dans l'observation 19, on vit apparaître, au cours de l'évolution de la pleurésie, des craquements au niveau du sommet gauche. D'autres observations, et ce sont surtout des relations d'autopsies, ne sont pas suffisamment précises ou complètes pour que nous puissions en tenir compte.

Malgré tout ceci, la pleurésie syphilitique tertiaire, secondaire à une pneumopathie ou à une lésion du voisinage de même ordre, existe. Les observations cliniques et anatomiques en sont d'ailleurs nombreuses et indiscutables.

En est-il de même des pleurésies primitives?

Leur nombre, comme nous l'avons vu, est très restreint. Aucune de ces observations n'apporte avec elle la preuve de leur nature spécifique ; on ne trouve dans ces observations que des preuves négatives, qui, évidemment, groupées, impressionnent peut-être, mais sont insuffisantes pour entraîner la conviction.

Dans l'observation de Roque et Garin :

Séro-diagnostic tuberculeux sur le liquide pleural : négatif.

Séro-réaction de Wassermann sur le liquide pleural : positive.

Inoculation au cobaye : négative au bout de huit semaines.

Cultures stériles.

Séro-diagnostic tuberculeux avec le sérum : négatif.

Séro-réaction de Wassermann avec le sérum : positive.

Recherche des bacilles de Koch dans les crachats : négative.

Dans l'observation 1 de Roger :

Examen des crachats : négatif.

Ils ne contiennent pas d'albumine.

Inoculation à 2 cobayes, l'une sous-cutanée, l'autre intrapéritonéale, de 10 centimètres cubes de liquide pleural prélevé le 11^e jour de la maladie : négative. Wassermann positif : sang et liquide pleural.

Dans l'observation 2 :

Recherche du bacille de Koch dans les crachats : négative.

Pas d'albumine dans les crachats.

Réaction de Wassermann positive sur le sang et le liquide pleural.

Le traitement amena dans ces trois cas une guérison rapide. Les antécédents sont des plus nettement bacillaires, pour la malade de l'observation 1 de Roger. Elle fut soignée, à l'âge de 17 ans, par Ferréol, pour tuberculose pulmonaire. Elle resta par la suite très sujette au rhume.

Nous ne pouvons mieux faire, pour discuter la nature de ces pleurésies, que de rappeler les critiques que M. Sergent adressa à M. Roger, lors de sa communication.

« Il convient de remarquer que la nature syphilitique d'un épanchement pleural tertiaire ne peut être admise qu'avec les plus grandes réserves, même lorsque l'épanchement survient chez un sujet notoirement syphilitique, pour cette raison même que le terrain syphilitique est éminemment favorable à la germination de la tuberculose. A cet égard, il convient de rappeler l'opinion du professeur Landouzy, à propos des pleurésies du stade roséolique étudiées par Chantemesse, Landouzy, Preetorius, Talamon... et qui pour lui sont de support syphilitique et de nature bacillaire. »

Et, après avoir discuté les différents éléments de diagnostic différentiel, il termine ainsi :

« De ces considérations et de ces critiques, il résulte, à mon avis, ce fait qu'on ne sera fondé à admettre l'existence des pleurésies séro-fibrineuses de nature syphilitique que lorsque des autopsies auront établi la réalité de lésions syphilitiques de la plèvre. Actuellement, la pleurésie séro-fibrineuse syphilitique n'a pas fait sa preuve, et j'estime, pour ma part, qu'il est encore permis de penser que les pleurésies séro-fibrineuses qui surviennent chez les syphilitiques ne sont que des manifestations tuberculeuses atténuées et curables par le traitement mercuriel. »

OBSERVATIONS

PLEURÉSIES SYPHILITIKES DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

Observation 1. — CARRA (Obs. II). CHANTEMESSE et WIDAL (Résumée).

45 ans, entre à l'hôpital, le 20 février 1890.

Malade, prostrée, toussé un peu, aucune expectoration. Céphalée très vive, empêchant tout sommeil. Point de côté.

Roséole syphilitique généralisée. Plaques muqueuses abondantes. Douleurs musculaires et articulaires.

Pleurésie sèche de la base gauche. Frottements sur une hauteur de quatre travers de doigts.

Etat général très mauvais. T. le matin 38°6, le soir 39°6.

Traitement mercuriel énergique.

Peu à peu amélioration.

Le 25 mars. — Les signes de pleurésie sont encore perceptibles. Au commencement d'avril, ils ont complètement disparu.

Observation 2. — CARRA (Obs. III). CHANTEMESSE et WIDAL (Résumée).

29 ans. En septembre 1889. Roséole. Plaques muqueuses. Adénopathie. Fièvre.

Au commencement de novembre, point de côté violent à droite.

Un médecin diagnostique pleurésie avec épanchement. En décembre, mêmes phénomènes à gauche.

Le 29 janvier 1890. — Eruption de syphilides papulosquameuses et papulocroûteuses abondantes. Plaques muqueuses. Adénopathie. Douleurs articulaires sans rougeur ni tuméfaction. Etat cachectique. T. : parfois 38, 39.

Double épanchement en plaque. Douleur à la pression sur le trajet du phrénique.

Diagnostic, pleurésie rhumatismale.

Fin février. — Epanchement identique. Iritis syphilitique assez grave. Traitement intensif.

15 mars. — Quelques frottements à la base droite.

17 avril. — Respiration pure aux sommets. Les frottements ont disparu. Bon état général. Les forces et l'embonpoint ont reparu.

Observation 3. — CARRA (Obs. V). CHANTEMESSE. Pleurésie sèche unilatérale. *Bulletin médical*, 1891, p. 791.

O. H..., âgée de 19 ans. En fin janvier 1891, chancre. Un mois plus tard, point de côté gauche. Quinte de toux l'obligeant à rester au lit quinze jours. La toux et la douleur persistent.

Le 12 juin. — Plaques muqueuses. Gêne respiratoire, douleurs thoraciques. Grande faiblesse.

Submatité à la base gauche. Frottements aux deux temps de la respiration. Quelques râles sous-crépitaux.

Observation 4. — CARRA (Obs. VI). CHANTEMESSE (Résumée).

Jeune fille, 19 ans.

Chancre au début d'avril 1891. Fin avril, éruption de syphilides papuleuses, plaques muqueuses. Entre le 10 mai à l'hôpital : Traitement spécifique.

Fin mai. — Léger point de côté à droite. Le 3 juin, la douleur thoracique est plus vive. Malaise, frissons. Température 37°8. Le 6 juin, signes d'un léger épanchement. Température : matin, 39°4 ;

soir, 40°3. Le 15 juin, toute trace d'épanchement a disparu. Depuis 6 jours la malade n'a plus de fièvre. On trouve sur le corps des taches arrondies, brunâtres, spécifiques.

Observation 5. — CARRA (Obs. VII). CHANTEMESSE (Résumée).

Femme, 24 ans. Janvier 1891, éruption de syphilide.

31 janvier. — Plaques muqueuses buccales. Traitement au sirop de Gibert.

10 février. — Frissons, points de côté. Toux. Légère hémoptysie. Au bout de quelques jours, la fièvre a atteint 40°. Suppression du traitement spécifique. Fin février, la malade est remise.

10 mars. — Nouvelle poussée de fièvre et de douleurs dans le côté. Lit pendant 15 jours.

15 juin. — Tout signe de pleurésie a disparu.

Observation 6. — CARRA (Obs. X). CHANTEMESSE.

Presse médicale, 1894, p. 203 (Résumée).

Homme. Syphilides papulosquameuses. Céphalée violente douze jours avant. Points de côté intenses. Fièvre ayant duré six jours, moins violente pendant deux jours. Disparut ensuite.

Submatité aux deux bases, plus marquée à gauche. Frottements à ce niveau.

Deux jours après, bronchite diffuse plus marquée à gauche. Expectoration opaque abondante.

Observation 7. — CARRA (Obs. XI). CHANTEMESSE.

Presse médicale, 1894, p. 203 (Résumée).

Homme. Syphilides papuleuses. Mauvais état général, pâleur.

Depuis deux jours, toux, *bronchite diffuse* indiquant que les bronches sont le siège d'une éruption syphilitique.

En bas et à droite, submatité, frottements.

Ponction : un tiers de centimètre cube de liquide citrin. Pas de dyspnée, très peu de douleurs.

Observation 8. — CARRA (Obs. IX). TALAMON (Résumée).

Femme, 24 ans. Chancre non soigné en août 1881. Entre à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1882. Depuis trois semaines, ictère sans hypertrophie du foie.

Ulcération à pic de l'amygdale droite. Adénopathie généralisée. Alopecie syphilitique.

Ni toux, ni gêne respiratoire.

Matité dans le tiers inférieur du poumon droit. Souffle aigre, égophonie. Rien à gauche. Sirop de Gibert.

2 mois après, au moment de sa sortie, on note encore de la submatité, de l'obscurité respiratoire.

Pendant son séjour à l'hôpital, poussée de plaques muqueuses.

Observation 9. — CARRA (Obs. VIII). TALAMON (Résumée).

Homme, 23 ans. 24 novembre 1889.

Pneumonie droite il y a 4 ans. Il y a 1 mois, chancre induré. Il y a 3 jours, points de côté violents à droite. Petite toux très rare. Pas de fièvre.

Submatité. Diminution des vibrations dans l'aisselle et le tiers inférieur du poumon droit en arrière. Diminution de la respiration, ni souffle ni égophonie.

Traitement : liqueur de van Swieten.

27 novembre. — Matité dans la moitié inférieure du poumon droit. Souffle léger, égophonie.

1^{er} décembre. — Etat identique. Plaques muqueuses, anales, scrotales.

13 décembre. — Le malade sort : submatité et frottements à la base droite. Les plaques muqueuses persistent.

Observation 10. — LE DAMANY. *Gaz. hebd. de médecine de Paris*, 1895, p. 196 (Résumée).

3 observations dont 1 inédite et 2 de CARRA (obs. I et II).

C... (Laure), 34 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Saint-Louis le 8 octobre 1894.

Aucune maladie antérieure.

Elle a eu 4 enfants qui sont tous morts soit à leur naissance, soit après quelques jours. Son dernier accouchement a eu lieu en 1884.

Il y a 4 mois environ, chancre vulvaire.

Au moment de son entrée, syphilides papulo-érosives des grandes et petites lèvres. Une cuillerée à bouche chaque jour de sirop de Gibert.

Le 24 octobre. — Toux, point de côté violent à droite apparu brusquement dans la journée ; il siège au-dessous du sein droit et gêne considérablement la respiration. La toux est peu fréquente, sèche et brève. L'examen du thorax dénote, dans la partie inférieure et droite, en arrière de la submatité, des frottements humides qui n'augmentent pas sous l'influence de la toux. Les vibrations thoraciques sont conservées.

Le 29 octobre. — Les mêmes symptômes persistent. La matité a augmenté ; absolument complète à la base du poumon droit, elle remonte en s'atténuant un peu jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Abolition des vibrations. A l'auscultation : à la base, silence absolu ; à quelques travers de doigts plus haut, on perçoit un bruit de souffle voilé à l'expiration ; plus haut encore, un souffle aigu à l'inspiration et à l'expiration. L'égophonie et la pectoriloquie aphone sont des plus nettes au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Léger skodisme sous-claviculaire à droite.

T. sp. 1 c. à s. de sirop Gibert. 2 gr. KI par 24 h.

Le 31 octobre. — Le 30 dans la journée, la malade a expectoré deux crachats sanguinolents noirâtres qui paraissent provenir des petites bronches.

Matité jusqu'à l'épine de l'omoplate. Skodisme sous-claviculaire très net.

T. 37°2, 38°4.

Le 5 novembre. — La malade ne supporte plus le sirop de Gibert. La liqueur de van Swieten n'est pas mieux supportée. KI 2 gr.

Le 7 novembre. — Ponction : 2 c. c. de liquide citrin sont inoculés dans le péritoine d'un cobaye. L'épanchement a nettement diminué.

Bronchite diffuse à gauche.

Le 12 novembre. — L'amélioration continue à droite. A gauche, râles muqueux nombreux. 1/2 c. c. de crachats sont injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané du même cobaye.

Le 27 novembre. — On supprime K I, on le remplace par deux pilules de protoiodure par jour.

Le 7 décembre. — La matité n'est absolue que dans la moitié inférieure de la plèvre droite. A la partie moyenne, frottements pleuraux.

Le 17 décembre. — Les lésions cutanées et muqueuses ont presque entièrement disparu. La matité n'occupe plus qu'une hauteur de cinq travers de doigts. Plus haut la sonorité est normale. Les frottements pleuraux sont plus nombreux et plus rudes. Les râles de bronchite ont disparu. Un examen attentif des sommets n'y révèle rien de suspect.

Le 8 janvier. — Le point de côté reparait au-dessous du sein droit. Les frottements sont plus nombreux et plus étendus.

Le 10 janvier. — Nouvelle amélioration. Rien d'anormal aux sommets.

Elle sort le *14 janvier* en conservant de la submatité à la base droite et quelques frottements râpeux.

Le début de sa pleurésie remonte à *80 jours*.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — 1° *Inoculation.* — Cobaye : indemne.

2° *Examen des crachats.* — A trois reprises négatif Koch.

3° *Culture.* — Bactérium coli.

Observation 11. — CARRA (Obs. I) (Résumée).

Femme, 20 ans.

Aucun accident scrofuleux tuberculeux dans sa famille.

Elle n'a jamais été malade.

18 mai, avant les accidents actuels, chancre vulvaire soigné. Elle

eut ensuite de nombreuses syphilides pour lesquelles elle fut soignée pendant six mois à l'hôpital Broca.

Elle entre le 27 mai 1894, pour de la faiblesse, de la courbature, de l'essoufflement facile. Elle tousse un peu, mais ne crache pas.

Syphilides papuloécrosives vulvaires. Condylome anal ulcéré. Sur les téguments, syphilides en voie de disparition. Adénopathies multiples. Plaques muqueuses sur la langue, les amygdales.

Thorax. — Au niveau de la base droite, dans une étendue de quatre travers de doigts. Diminution des vibrations. Matité presque absolue. Respiration très diminuée. Frottements humides.

Le 8 juin. — Matité plus complète. Skodisme sous-claviculaire. Abolition des vibrations. Souffle pleurétique. Egophonie. Ponction exploratrice. Liquide citrin limpide. Aucun microbe.

Le 15 juin. — Frottements. Il n'y a plus trace d'épanchement.

Le 30. — Frottements humides très nombreux, la respiration s'entend à peine.

Le 8 juillet. — Les lésions pleurales diminuent progressivement, mais avec lenteur. La malade est affaiblie, pâle, amaigrie.

Le 15 août. — Respiration encore affaiblie à la base droite. Plus de toux.

Le 20 août. — Sort guérie.

L'examen répété des deux sommets n'a révélé aucune lésion.

T. 2 pilules de protoiodure par jour. T. : 38°, 37°.

Observation 12. — CARRA (Obs. II) (Résumé).

Aucune maladie antérieure. Avant sa contamination, 4 enfants bien portants. Il y a huit mois, éruption sur le corps.

Huit jours avant son entrée, léger point de côté à droite.

Le 12 mars 1893. — Nombreuses syphilides papuloécrosives sur les organes génitaux au niveau de l'anus. Syphilides papuleuses, papulo-squameuses sur le corps. Plaques muqueuses multiples : lèvres, langue, amygdales.

Frottements rudes à la base droite.

Rien aux sommets.

Le 14. -- Diminution du point de côté. Frottement identique.

Le 16. — Il n'y a plus de frottements.

Le 26. — Rien aux sommets.

T. 37°, 38°.

Tr. 1 centimètre cube de liqueur de van Swieten.

Friction mercurielle à droite. Loco dolenti.

Observation 13. — CARRA (Obs. XII). LYON. 1891 (Résumée).

Homme. Syphilides secondaires après un chancre de l'amygdale gauche.

Epanchement très minime à la base gauche.

A droite, frottements légers.

Aucun symptôme fonctionnel.

Pendant huit jours, fièvre modérée. Matin, 37° ; soir, 38°5, 39°.

Au bout de ce temps, sous la seule influence du traitement spécifique, toute trace d'épanchement a disparu.

Observation 14. — CARRA (Obs. XVII). BROUSSE (Résumée).

Femme, 22 ans. Sans tare héréditaire.

Le 7 avril 1894. — Accidents spécifiques anovulvaires. Double adénopathie inguinale. Traitement mercuriel.

Le 26 avril. — Malaise, point de côté droit avec toux et dyspnée assez intense. Pas de fièvre. Submatité à la base *droite*. Diminution des vibrations et du murmure vésiculaire. Suspension du traitement mercuriel.

Les jours suivants, tout paraît rentrer dans l'ordre.

Le 5 mai. — Point de côté gauche. Fièvre vive. Toux sèche, quinteuse. Dyspnée vive. Epanchement pleural occupant le tiers inférieur du poumon *gauche*. Grosse hypertrophie de la rate.

Traitement mercuriel.

Le quatrième jour, la fièvre tombe.

Le 10 mai. — Epanchement stationnaire. Traitement plus intensif.

Frictions, iodure. L'épanchement et les fausses membranes disparaissent.

Le 30 mai, la malade sort guérie complètement.

Observation 15. — ROCHON. TALAMON (Résumée).

Homme, 23 ans, 24 novembre 1879. Pneumonie droite il y a 4 ans.

Il y a 3 jours, douleur à la base du thorax en respirant, mais la dyspnée est modérée. Submatité et diminution des vibrations dans l'aisselle et le tiers inférieur du poumon droit en arrière. Obscurité du murmure vésiculaire. Ni souffle ni égophonie. Le gland est couvert d'érosions superficielles, irrégulières, disséminées à sa surface dans la rainure balanopréputiale. Adénopathie des deux aines.

Pas de roséole. Une cuillerée à soupe de liqueur de van Swieten.

27 novembre. — Matité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière. Souffle léger et égophonie à la pointe de l'omoplate. Respiration normale à gauche.

1^{er} décembre. — La matité persiste, mais on ne perçoit ni souffle ni égophonie. Frottements secs, assez gros dans l'aisselle. Plaques muqueuses anales, sur le scrotum.

3 décembre. — Les frottements persistent à la base droite. Respiration obscure. Douleur légère à la déglutition. Plaques muqueuses sur le pilier antérieur gauche.

13 décembre. — Le malade sort. Toujours submatité et frottements à la base droite. Les érosions du gland ont disparu, mais les plaques muqueuses persistent.

Observation 16. — CARRA (Obs. XIV). ROCHON (Résumée).

Homme, 25 ans. Chancre en avril 1891. Roséole peu intense. Traitement : pendant 2 mois, 0,05 de protoiodure par jour.

Un an après, plaques muqueuses. Protoiodure un mois.

Un an après, nouvelles plaques muqueuses, buccales, anales. Douleurs thoraciques vagues. Gêne respiratoire. Sueurs au moindre effort.

A droite : submatité, frottements pleuraux.

A gauche : matité, souffle, disparition de la respiration. Diarrhée.

Traitement : 0,08 de tannate de mercure.

Quinze jours après, disparition des signes pleuraux, sauf à droite, où l'on entend encore quelques frottements.

Rochon eut de ses nouvelles plus tard. Il y avait augmentation de poids. La respiration était tout à fait libre.

Observation 17. — CARRA (Obs. XIII). ROCHON (Résumée).

Femme, 24 ans. 4 mai 1890. Eruption de syphilides papuleuses datant de quinze jours. Céphalée. Adénopathie. Grosse rate (une cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten).

21 mai. — Point de côté intense à droite, en demi-cercle, frissons. submatité légère à ce niveau. Température : matin, 38°5 ; soir, 39°.

23 mai. — Frottements à la base droite. Matité presque absolue. Dyspnée modérée.

24 mai. — Température : 39°5. Matité absolue. Souffle léger. Expiration. Egophonie. Plaques muqueuses buccales, vulvaires.

Traitement spécifique : 2 pilules protoiodure.

27 mai. — Il existe seulement quelques frottements.

20 juin. — Il persiste encore un peu de diminution de la respiration.

Observation 18. — CARRA (Obs. XV). PREETORIUS (Résumée).

23 ans. 25 juin 1891. Chancre, il y a un an et demi, soigné pendant quelque temps par des pilules de mercure.

Exanthèmes maculeux sur tout le corps.

Adénopathie généralisée.

Depuis quinze jours, oppression.

Frottement pleurétique à la partie antérieure gauche, à la hauteur des 3^e et 4^e côtes. Ni râle, ni fièvre, ni toux, ni expectoration. Iodure, 2 grammes. Une piqûre de salicylate de mercure.

4 juillet. — On n'entend plus rien d'anormal.

20 juillet. — Léger frottement sous-claviculaire gauche et sus-épineux. Iodure, 2 grammes.

28 juillet. — Tout a disparu.

Observation 19. — CARRA (Obs. XVIII). BROUSSE (Résumée).

Femme, 22 ans. Chancre en mars.

Accidents secondaires en pleine évolution en mai.

Dix ans auparavant, forte bronchite.

Un an auparavant, rhumatisme articulaire aigu avec endocardite.

17 mai. — Point de côté gauche sans frissons ni fièvre.

Pleurésie sèche à la base.

Iodure, 2 grammes.

18 mai. — Pleurésie bilatérale. Traitement mercuriel.

19 mai. — Disparition du point de côté.

25 mai. — La malade sort complètement guérie.

Observation 20. — CARRA (Obs. XX). RAYNAUD (Résumée).

Homme, 31 ans. Antécédents nuls.

Roséole confluyente.

Il y a quinze jours, refroidissement brusque. Frissons, fièvre, point de côté gauche. Depuis, il est alité.

Signes d'un épanchement d'au moins un litre le 28 novembre 1893. (Déplacement léger du cœur).

Température : 39° 3.

Le 29 novembre, on institue le traitement mercuriel. La température se met aussitôt à baisser en même temps que l'épanchement diminuait.

Le 31 novembre. — 37° le matin. L'épanchement s'est résorbé avec une facilité étonnante.

Le malade quitte l'hôpital au début du mois de janvier ; tous les signes d'auscultation avaient disparu.

Observation 21. — CARRA (Obs. XXII). MONTSERRET (Résumée).

Femme, 22 ans.

Le 7 avril 1894. — Syphilides secondaires. Traitement mercuriel irrégulier.

Le 26 avril. — Tousse depuis quelques jours. Point de côté à droite. Dyspnée intense. Crachats muqueux.

Matité à droite. Diminution de la respiration et des vibrations. Température : 37° 2.

Suspension du traitement.

Le 5 mai. — Epanchement assez abondant. Température : 39° 5. Reprise du traitement mercuriel.

Le 10 mai. — Frottements, résorption de l'épanchement.

Le 30 mai. — La malade est complètement guérie.

Observation 22. — CARRA (Obs. XXIII). MONTSERRET (Résumée).

Femme, 22 ans. Syphilides secondaires cutanées et muqueuses, sans traitement spécifique.

Antécédents : Bronchite à 10 ans. Rhumatisme articulaire aigu.

Du 7 au 10 mai. — Poussée légère de salpingite. Léger point de côté sous-mammaire gauche.

Léger épanchement pleural gauche qui s'accompagne, le 12 mai, de submatité au niveau de la base droite. Jusqu'au 14, état stationnaire. Traitement spécifique institué le 14.

Le 21 mai. — Diminution de l'épanchement, mais persistance des frottements.

Observation 23. — CARRA (Obs. XXIV). MONTSERRET (Résumée).

Homme, 22 ans. Antécédents : père mort tuberculeux, à 33 ans. Manifestations scrofuleuses dans sa jeunesse. Excès alcooliques.

14 janvier 1893. — Il y a un mois et demi, chancre induré.

Syphilides secondaires cutanées et muqueuses.

Point de côté sous-mammaire droit. Toux sèche, quinteuse.

A droite. — Frottements pleuraux dans la moitié inférieure du poumon. Respiration rude, légèrement soufflante au sommet.

Pas de traitement mercuriel.

20 janvier. — Les symptômes thoraciques augmentent. Traitement mercuriel.

25 janvier. — Disparition du point de côté. Diminution de la toux. Retour des vibrations. Persistance des frottements.

30 janvier. — Même état. Diarrhée. Suspension du traitement spécifique.

2 février. — Nouveau point de côté. Exagération des signes de pleurésie sèche à la base droite. Quelques signes de congestion du sommet opposé.

Examen des crachats négatif. Traitement spécifique.

10 février. — Amélioration rapide. Les frottements pleuraux sont très diminués.

2 mars. — Douleurs articulaires violentes, surtout pendant la nuit. Le salicylate n'a sur elle aucune action.

20 mars. — 0,05 de sublimé en injection intramusculaire.

25 mars. — Les douleurs ont disparu.

10 avril. — Réapparition des douleurs articulaires. Réapparition de la congestion pleuropulmonaire droite s'accompagnant de signes suspects au sommet (respiration rude et prolongée). Mauvais état général.

28 avril. — Même état. Traitement mercuriel continué jusqu'au 15 mai. Grande amélioration.

Le malade est revu plusieurs mois après. Il a continué le traitement mercuriel. Il ne tousse plus. Sa pleurésie a complètement disparu ; il ne lui reste plus, comme stigmate, qu'une légère submatité avec rudesse de la respiration dans le tiers inférieur du poumon droit. Au sommet, respiration normale.

Observation 24. — GIARROCHI.

Giarrochi eut l'occasion d'observer, il y a 5 ans, chez un confrère qui avait contracté la syphilis, en même temps que l'apparition des

phénomènes secondaires cutanés, un épanchement pleural droit qui devint assez abondant et nécessita la thoracenthèse.

Observation 25. — DIEULAFOY. *Manuel de Pathologie interne*,
T. I. (Résumée).

Jeune homme de 20 ans.

Syphilis datant de deux mois. Céphalée. Plaques muqueuses buccales, amygdaliennes. Roséole.

Il entre à l'hôpital pour une douleur localisée au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. A l'examen, on constate une pleurésie sans épanchement. Aux deux temps de la respiration on entend de gros frottements qui s'étendent en arrière et latéralement jusqu'à la région axillaire. Tous les autres organes sont sains. L'auscultation du poulmon ne révèle aucune lésion: Il s'agit donc d'une pleurésie sèche pyrétique, douloureuse, datant de quatre jours.

Le malade est soumis au traitement mercuriel. La pleurésie reste sèche. Douleurs et frottements disparaissent en dix jours.

Observation 26. — MONTSERRET (Obs. IV) (Résumée).

Le 20 mars 1894. — Le jeune X..., âgé de 13 ans, le consulte pour une douleur violente du côté gauche du thorax qui l'empêchait de respirer. Depuis une huitaine de jours environ la douleur ne faisait qu'augmenter malgré un vésicatoire. Un peu de fièvre, du malaise, de l'anorexie avaient marqué le début de cet état.

Après avoir ausculté ce malade, tout en l'examinant pour trouver l'origine de la pleurésie (légers frottements, submatité en bas et en arrière, affaiblissement des V.), mon attention fut attirée par des petites plaques de calvitie en clairière, placées sur les côtés de la tête.

Deux mois auparavant, taches rouges sur le corps.

Actuellement plaques muqueuses du pharynx.

Lésion mitrale. Chancre anal. Ad. inguinale.

Traitement mercuriel. Guérison en 5 jours du point de côté. Les symptômes de la pleurésie s'effacèrent également peu à peu.

Observation 27. — MONTSERRET (Obs. VIII). RAYNAUD.

Bulletin médical de l'Algérie, 1894 (Résumée).

A. L..., 31 ans, 18 mai 1893. Roséole papuleuse confluyente.

Alité depuis 15 jours, il a eu un refroidissement brusque avec de nombreux frissons, puis de la fièvre qui persiste actuellement et un point de côté à gauche.

En cette région, voussure appréciable, matité occupant le 1/3 inférieur. Submatité jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Frottements. Souffles doux avec absence du murmure vésiculaire.

Bronchophonie. Egophonie.

En avant, mêmes signes, moins étendus.

Liquide mobile. Cœur légèrement déplacé. Température, 39°2.

Le 19. — Sirop de Gibert.

Baisse de la température, diminution de l'épanchement.

Quand le malade quitta l'hôpital, dans les premiers jours du mois de décembre, tous les signes d'auscultation avaient disparu. Eruption très réduite.

Observation 28. — PAULY et DUPLANT (Résumée).

20 ans. Parents en bonne santé. 3 frères et sœur morts en bas âge. Chancre il y a 4 mois. Roséole 1 mois après.

27 novembre. — Dyspnée. Le lendemain, quelques frissons.

29 novembre. — Points de côté. Difficulté pour respirer, toux fréquente, surtout la nuit. Expectoration muqueuse avec fines stries purulentes. Il a eu aussi quelques crachats légèrement striés de sang.

Adénopathie généralisée. Un petit ganglion lymphatique dur non douloureux au niveau de la sixième côte droite. Plaques muqueuses linguales. Aiopécie.

Submatité au niveau de la base droite. Respiration assez rude à ce niveau avec des râles sous-crépitaux assez fins. En avant et sous le sein, frottement pleural bien net.

Râles sifflants dans les deux côtés de la poitrine.

3 décembre. — Frottement à droite, en avant et latéralement, sur

une hauteur de 15 centimètres. Matité. Pas de râles fins. Vibrations normales. Au-dessus un peu de skodisme.

5 décembre. — Disparition des frottements et des symptômes de pleurésie.

15 décembre. — Le malade est guéri et de sa pleurésie et des accidents syphilitiques muqueux.

Traitement : 4 grammes d'onguent mercuriel.

Observation 30. — RICHARD D'AULNAY (Résumée).

Homme, 25 ans. 7 novembre. Chancre mou, guéri le 3 décembre. Le 6, apparition de céphalée nocturne. Le 25, roséole qui devient confluyente le 27. Quatre jours après, douleurs dans le côté gauche, au niveau de la septième côte, gêne de la respiration, ni fièvre, ni frisson.

Le 2 janvier. — Roséole très intense. Epanchement abondant à gauche. Le 7, ponction de 600 grammes. Liquide clair, de teinte jaune rosé. Recherche négative du bacille de Koch. Le 11, ictère avec grosse rate sans hypertrophie du foie.

Le 15. — Plaques muqueuses.

Le 20. — L'ictère est en voie de disparition, la pleurésie sèche sans douleur et sans gêne.

Le 20. — Phlébite de la veine poplitée. Elle est terminée le 4 février. La pleurésie, à ce moment, est complètement guérie.

Le 13 mars. — Arthralgie, céphalée qui cèdent au seul traitement spécifique.

Malade revu le 30 septembre. Bon état.

Observation 31. — In thèse LÉPINE (Résumée).

Marguerite P... Eruption de syphilides papuleuses généralisées. Depuis 4 mois, l'éruption est symétrique, presque confluyente par places. Aucun accident muqueux. Double submatité des bases avec diminution de la respiration. Aucun signe fonctionnel. Température.

37°-37° 8. Ponction exploratrice : on retire un centimètre-cube de liquide jaune clair contenant des macrophages très nombreux, isolés et à l'état de pureté.

Au bout de 10 jours, les signes physiques s'atténuent, mais la malade se plaint alors d'une douleur vive dans le côté gauche. Cette douleur ne dépend d'aucune lésion nouvelle, cède rapidement et la malade guérit de sa pleurésie avant la disparition de ces syphilides.

Revue 8 mois après, aucun signe fonctionnel ou physique n'est appréciable.

Observation 32. — In thèse RAVAUT (Résumée).

Malade venant de terminer sa roséole. L'épanchement ne donna lieu à aucun symptôme ; il était peu abondant et disparut très vite. On n'a pu recueillir assez de liquide pour l'inoculer au cobaye. Cultures stériles.

1^{er} examen cytologique. — Cellules endothéliales isolées, quelques polynucléaires, quelques myélocytes éosinophiles.

2^e examen cytologique :

Cellules endothéliales.....	35 %
Lymphocytes	22 %
Grands mono éosinophiles.....	37 %
Grands mono neutrophiles.....	6 %

L'examen du sang ne montra qu'une éosinophilie de 5,6 % (Poly.)

Observation 33. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. I) (Résumée).

Début des accidents secondaires il y a 1 mois et demi. Syphilides papulocroûteuses disséminées, plaques périanales. Submatité au niveau de la base droite qui persista 10 jours.

Observation 34. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. II) (Résumée).

Syphilis datant de 4 mois. Plaques muqueuses linguales, amygdaliennes. Double manifestation pleurale. Durée, 15 jours.

Observation 35. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. III) (Résumée).

Plaques muqueuses vulvaires et gutturales depuis 15 jours. Roséole depuis quelques jours. Papules. Submatité légère aux deux bases.

Observation 36. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. IV) (Résumée).

Roséole de deux mois. Plaques muqueuses vulvaires. Ictère très prononcé. Submatité de la base gauche. Au bout de trois semaines, la submatité a disparu.

Observation 37. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. V) (Résumée).

Syphilides papulo-granuleuses généralisées depuis un mois et demi. Double pleurésie qui semble être abondante.

Observation 38. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. VI) (Résumée).

Plaques muqueuses de la vulve et de la gorge. Roséole sur son déclin. Légère submatité aux deux bases.

Observation 39. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. VII) (Résumée).

Cicatrices de syphilides. Grosses syphilides papulo-squameuses du dos. Légère pigmentation du cou post-papuleuse. Papules érosives des lèvres. Plaques muqueuses confluentes des amygdales. Double pleurésie semblant abondante, dont les signes ont persisté trois semaines.

Observation 40. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. VIII) (Résumée).

Syphilis depuis 4 mois et demi. Eruption symétrique de syphilides granuleuses. Submatité notable aux deux bases.

Observation 41. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. IX) (Résumée).

Malade ayant contracté la syphilis un an avant son entrée à l'hôpital Broussais. Sur le corps : papules en voie de disparition ; sur

les mains, syphilides palmaires. Aucun accident muqueux. Adéno-pathie généralisée. Température, 38°-38° 2. Point de côté à droite huit jours avant son entrée.

Le 11 janvier. — Submatité à la base droite sur une hauteur de trois à quatre travers de doigts. Diminution de la respiration, ni souffle, ni égophonie. Sommets normaux.

Ponction : Liquide clair, un peu opalescent.

Le malade est soumis au traitement spécifique.

Le 8 février. — Disparition de l'épanchement et de l'éruption.

Deux examens cytologiques ont été pratiqués. Au début : prédominance des éléments endothéliaux ou gros mono isolés. Quelques lymphocytes. Les polynucléaires sont l'exception.

A la fin, 4 % d'éosinophiles, formule similaire par ailleurs.

Observation 42. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. X) (Résumée).

L... (Michel), 25 ans. Chancre il y a deux mois. Eruption de syphilides papuleuses hypertrophiques, érosives. Collier de Vénus. Adéno-pathie. Alopécie. Une plaque muqueuse amygdalienne.

Submatité aux deux bases du poumon. Diminution de la respiration au niveau de la zone submate. (22 novembre 1905).

Le 18 décembre, il existe encore une légère submatité à la base gauche sans liquide ou adhérence.

Ponction : liquide pâle, épais, opalescent. Culot épais et visqueux.

EXAMEN CYTOLOGIQUE. — *A gauche : le 23 novembre.* — Prédominance des mono moyens avec quelques inclusions. Globules rouges nombreux, sans lymphocytes, poly. encore plus rares. Quelques éosinophiles.

Le 6 décembre. — Nombreux mono à grosses vacuoles. Quelques figures de macrophagie. Grand nombre de poly et d'éosinophiles. Mono à noyau incurvé, cyanophiles (futurs éosinophiles).

Eosinophilie sanguine, 3,5 %.

Cultures stériles.

A droite. — Réactions cytologiques sensiblement analogues.

Recherche du tréponème sur lames : négative.

Inoculation du culot au macaque par M. le Dr Ravaut : négative.

Observation 43. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. XI) (Résumée).

G. S..., 23 ans, entre à l'hôpital Broussais le 7 mars 1906.

Il y a un mois et demi, angine (?). Depuis, céphalée nocturne, alopecie. Depuis quatre jours, ictère avec douleurs abdominales vives.

Eruption papulosquameuse sur tout le corps. Plaques muqueuses des piliers. Adénopathie. Albuminurie.

Aux deux bases, légère submatité de trois travers de doigts.

Ponction à gauche : on retire un demi-centimètre cube de liquide citrin.

Traité par l'ènesol.

Le 25 mars. — Il n'y a plus de submatité. Les accidents cutanéomuqueux rétrocedent.

EXAMEN CYTOLOGIQUE. — Très nombreux mononucléaires moyens isolés.

Observation 44. — In OETTINGER et MALLOIZEL (Obs. XII) (Résumée).

M. P..., 28 ans. Entre le 7 mars à l'hôpital Broussais.

Plaques muqueuses hypertrophiques confluentes de la vulve depuis deux mois. Collier. Plaques muqueuses du pilier postérieur droit.

Des deux côtés, légère submatité aux bases pulmonaires, sans autre signe. On ne ramène à droite et à gauche, par ponction, que quelques gouttes de liquide citrin.

Le 17 mars. — Bases normales.

EXAMEN CYTOLOGIQUE. — Nombreux mono moyens isolés.

Observation 45. — In SPILLMANN et ETIENNE (Résumée).

Le nommé A. Cl..., 13 ans.

Aucune tare tuberculeuse dans la famille.

Coqueluche à 4 ans. On ne signale aucune autre maladie.

Chancre en septembre 1895. Roséole en octobre.

Le 23 novembre. — Point de côté à droite, accompagné de quintes de toux et de vomissements.

Le 4 décembre. — Enfant pâle, anémié. Asthénie syphilitique. Adénopathie généralisée. Traces très nettes de roséole : éphélides syphilitiques cervicales, syphilides papulo-érosives, en feuillets de livres, sur la commissure labiale gauche.

Appareil pulmonaire : *A droite.* — Matité au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Submatité au-dessous de l'épine. Dans ces zones, abolition et diminution des vibrations. Diminution de la respiration. Léger souffle aigre.

En avant. — Inspiration et expiration normales. Légère augmentation de la sonorité.

A gauche. — Pas d'épanchement. L'inspiration aux sommets est un peu plus accentuée que normalement, mais reste parfaitement moelleuse.

Rate hypertrophiée.

Température, 37°-38°.

Le 16 décembre. — Les signes d'épanchement ont complètement disparu.

Le 14 janvier. — Léger affaissement de la moitié droite du thorax (rétraction pleuropulmonaire ou atrophie musculaire). Les sommets sont indemnes.

Le 4 décembre. — Ponction. On retire 10 centimètres cubes de liquide citrin immédiatement injecté dans la cavité péritonéale d'un cobaye qui, sacrifié au bout de 55 jours, ne présentait aucune trace de lésions tuberculeuses.

Observation 46. — In BEZANÇON et GASTINEL (Résumée).

Jeune femme, 21 ans. 7 novembre 1911.

Père mort tuberculeux.

Habita la Bretagne jusqu'en juin 1911, époque où elle vint à Paris.

Il y a 8 mois, chancre suivi, au bout d'un mois, de roséole, soignée à ce moment par 36 piqûres de biiodure.

Il y a 2 mois, nouvelle poussée éruptive *persistant encore*.

15 jours avant son entrée, point de côté gauche, toux, pas d'expectoration.

7 novembre. — Epanchement gauche jusqu'à la pointe de l'omoplate. Au sommet, affaiblissement marqué du murmure vésiculaire. Expiration prolongée et soufflante. Inspiration rude et élevée. Aucun râle surajouté.

Du côté droit, au sommet, prolongement de l'expiration. Légère diminution du murmure vésiculaire.

Quelques jours après son entrée, elle tousse et crache.

14 novembre. — Ponction : liquide citrin.

Janvier 1912. — Frottements. Rétraction thoracique. Aux sommets, mêmes signes.

9 mars. — Silences respiratoires à la base gauche.

Traitement mercuriel en décembre et en janvier.

Crachats : Examen direct, négatif. Homogénéisation après administration de kermès, positive.

Liquide pleural : Wassermann positif. Lymphocytose pure. Inoculation au cobaye intra-péritonéale : positive.

Observation 47. — Inédite. Due à l'obligeance
de notre collègue SÉDILLOT.

R..., 21 ans, a toujours vécu à la campagne. Incorporé le 15 novembre 1903, pour une année, dans un régiment d'infanterie, à M... Peu de temps après son arrivée, R... contracte la syphilis. Le 15 décembre, il se présente à la visite réglementaire, porteur d'un chancre balanopréputial avec grosse adénopathie inguinale. Il est aussitôt envoyé à l'hôpital mixte pour recevoir un traitement mercuriel (injections quotidiennes de biiodure de mercure, 0 gr. 02).

Une semaine après son arrivée à l'hôpital, R... commence sa roséole. L'éruption est vive et rapidement constituée. Sur le tronc, en plusieurs places, les papules confluent en plaques de la dimension de pièces de 2 francs. En même temps que le début de l'éruption, apparaît une petite toux sèche, douloureuse, avec température à 38°. R... se plaint de points de côté thoraciques multiples et bila-

téraux exacerbés par les mouvements respiratoires amples et par la toux. La respiration est brève et les mouvements respiratoires fréquents. Anxiété du visage et dyspnée de moyenne intensité.

L'auscultation révèle en plusieurs points et des deux côtés du thorax des foyers de frottements d'étendue limitée. Ces frottements sont nettement perçus pendant deux jours de suite.

Le troisième jour, commence aux deux bases un épanchement qu'une ponction exploratrice révèle séreux, de couleur jaune citrin. L'épanchement bilatéral, à son maximum, n'a pas dépassé l'angle inférieur de l'omoplate. Il n'a été fait ni ponction évacuatrice, ni révulsion. Simplement, le traitement mercuriel a été continué 20 jours.

Trois semaines après l'entrée à l'hôpital, le chancre est à peu près cicatrisé, la roséole est à peine visible et l'épanchement pleural double a complètement disparu sans laisser de traces. R... a terminé son service militaire sans présenter rien qui pût faire soupçonner la tuberculose.

Observation 48. — In thèse de BAUREPAIRE (Obs. XXII. Résumée).

M. M..., 42 ans. Aucun stigmate de tuberculose.

Il y a quatre mois, chancre induré sur la verge ; un mois après, roséole sous forme de syphilides papuleuses, roséole surtout intense au niveau des flancs.

Le malade qui vient consulter le 2 décembre 1910 souffre depuis la veille d'une douleur violente survenue brusquement dans l'hémi-thorax droit. Pas de frissons. Toux sèche pénible, sans expectoration. Gêne respiratoire manifeste. Pouls, 110 ; température, 38° 2.

Au niveau du thorax, immobilité de la paroi thoracique gauche. Matité absolue remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Epanchement de 5 à 600 grammes. L'examen radioscopique ne montre aucune ombre au niveau des sommets.

On retire par ponction 400 grammes d'un liquide citrin.

L'examen cytologique donna les résultats suivants :

Grands mononucléaires.....	6,5	
Lymphocytes	53,5	
Polynucléaires basophiles	38	,
— neutrophiles.....	2	,
— éosinophiles	0	,

La réaction de Wassermann pratiquée sur le sérum sanguin et sur le liquide pleural fut positive.

Un traitement iodo-mercurique (4 gr. d'iodure et 0 gr. 02 de benzoate) amena une guérison rapide de la pleurésie.

En février 1911, le malade présentait des symptômes typiques de tuberculose pulmonaire et des bacilles de Koch dans ses crachats.

Observation 49. — In thèse BAUREPAIRE (Obs. XXIII).

E... (Louise), 26 ans, ménagère.

Aucun antécédent tuberculeux, tant personnel qu'héréditaire.

En avril 1912. — Antécédents spécifiques secondaires, traités par trois injections de Salvarsan. Ils ont complètement disparu en mai 1912.

Le 20 août. — Point de côté. Dyspnée intense. Immobilité de l'hémithorax gauche. Signes d'un épanchement interlobaire.

Ponction exploratrice au niveau d'une saignure interlobaire. On retire 30 centimètres cubes d'un liquide louche granuleux.

Le 21 août. — Ponction, 15 centimètres cubes d'un liquide plus clair.

Le 23 août. — Ponction, 12 centimètres cubes. Grande amélioration. Les signes pulmonaires s'amendent de jour en jour.

On apprend, à ce moment, l'existence de la syphilis. Traitement mercuriel.

Le 28 septembre, après deux injections d'huile grise, la malade sort complètement guérie.

PLEURÉSIES SYPHILITIQUES TERTIAIRES

Observation 1. — PREETORIUS (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 34 ans, malade depuis 4 à 6 semaines. Troubles gastriques. Fatigue générale. Anorexie. Amaigrissement. Légère dyspnée.

Thorax : Léger frottement pleurétique à droite, dans la ligne mamelonnaire, à la hauteur de la 3^e et de la 4^e côte. Pas de point de côté ; ni toux, ni expectoration. Transpiration. Peu à peu aggravation des symptômes. Le malade avoue avoir contracté la syphilis il y a neuf ans. On lui donne 2 grammes d'iodure par jour. Au bout de quinze jours, disparition des frottements. Il ne restait qu'une adhérence presque complète des 2 feuillets de la plèvre, qui céda à une gymnastique respiratoire bien faite. Un an après, il était en bonne santé.

Observation 2. — PREETORIUS (In thèse ROCHON) (Résumée).

Syphilis en 1886. Pas de traitement régulier. Il y a deux ans, pleurésie droite.

Depuis 6 mois : le soir état fiévreux, léger assoupissement, sueurs aux mains ; 2 ou 3 fois par semaine, il expectorait deux ou trois crachats, tantôt rouge clair, tantôt couleur de rouille. Ni amaigrissement, ni toux.

A la percussion, légère diminution de la sonorité au niveau de la fosse sus-épineuse et sus-claviculaire à gauche. A l'auscultation, on entend en ces endroits : légers frottements pleuraux, affaiblissement de la respiration.

Repos au lit. Etat stationnaire. 2 fois en 3 jours, le malade crache du sang.

Traitement mercuriel. Salicylate de mercure. Iodure.

Après l'absorption de 2 grammes de salicylate, la matité gauche n'existait plus, mais l'affaiblissement de la respiration persistait.

Six mois après, le malade est revu. Léger affaiblissement du murmure vésiculaire. Quelques frottements sous-épineux à gauche. On redonne iodure, frictions. Trois mois après, état parfait.

Observation 3. — TALAMON (In thèse ROCHON) (Résumée).

D..., 40 ans. Consulte le 27 février 1893. Syphilis en 1867. Alcoolique. Gommès multiples il y a deux ans.

Il y a 2 mois, apparition d'une tumeur dure, puis fluctuante au niveau de l'appendice xyphoïde. En même temps, douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. Toux fréquente, pénible, sans expectoration. Amaigrissement rapide.

Matité et abolition des vibrations dans la moitié inférieure du poumon gauche en arrière. Rétraction notable du poumon de ce côté. Submatité dans la moitié supérieure et dans la région sous-claviculaire. Obscurité générale de la respiration dans toute l'étendue du côté gauche en avant et en arrière. Retentissement égophonique de la voix et du souffle expiratoire dans la région axillaire.

A droite, sonorité normale.

Rate grosse. Le foie déborde un peu les fausses côtes.

Frictions mercurielles. 4 grammes d'iodure.

3 mars. — Ponction à gauche. On retire 200 grammes de liquide séreux.

6 mars. — La gomme de la région sternale s'ouvre spontanément. Pus vert fluide. L'ouverture se ferme en quelques jours.

30 mars. — On ne perçoit plus de frottements, mais la matité est la même ainsi que l'obscurité de la respiration. Vibrations très affaiblies à la base.

Observation 4. — TALAMON (In thèse ROCHON) (Résumée).

Femme, 41 ans, blanchisseuse, 13 mars 1879. Il y a 6 ans, pneumonie droite. Accidents syphilitiques il y a 4 ans. Il y a 3 semaines, elle a

été prise d'un point de côté à gauche avec gêne de la respiration. Frissons répétés ; le lendemain, fièvre vive, toux sèche fréquente avec douleur à la base du thorax. Amaigrissement, diarrhée. Lésions spécifiques de la langue. Gomme du voile du palais. Cicatrice de gomme du tibia gauche.

Poumon. — Petite toux rare ; dyspnée modérée.

Matité avec perte d'élasticité dans toute la hauteur du côté gauche du thorax. Abolition des vibrations. Souffle bronchique intense en avant et en arrière. Egophonie. A droite, respiration forte, sans râles, rien au sommet. Le cœur est repoussé à droite et bat sous le sternum.

Le 14. — Ponction : 1,500 grammes de liquide séreux.

Une cuillerée à soupe de sirop de Gibert.

Le 22. — Elle sort ; il reste toujours de l'égophonie, du souffle, de la matité. La sonorité a reparu en avant. La gomme de la voûte palatine a presque complètement disparu.

Observation 5. — FRIEDREICH (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 30 ans. Autopsie. Myocardite fibro-gommeuse, avec nodules gommeux développés exclusivement dans le tissu de l'oreillette droite. Grosses tumeurs gommeuses dans le tissu conjonctif qui entoure l'aorte à son origine.

Symphyse totale du péricarde.

Induration et sclérose considérable du tissu conjonctif du médiastin avec propagation du processus sur les feuillets pleuraux de la partie supérieure et antérieure du poumon gauche.

Observation 6. — DELÉPINE et SLEY (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 43 ans. Syphilitique depuis 25 ans, atteint de symptômes tertiaires depuis une dizaine d'années environ.

Gomme du foie s'ouvrant dans le poumon à travers le diaphragme.

AUTOPSIE. — Le foie est augmenté de volume et ses deux tiers supérieurs sont transformés en une masse caséuse qui pénétre à travers le diaphragme. Gommès isolées autour de cette masse

caséeuse. Envahissement du lobe inférieur du poumon droit par une masse caséeuse. Plus haut, le poumon est sclérosé. Symphyse pleurale.

Observation 7. — DUZEA (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 23 ans, infantile, n'a jamais eu de rapports avec une femme. A 21 ans, accidents spécifiques. Hyperostose du tibia droit, gomme du tibia gauche, gommes frontales.

Traitement mercuriel. Dyspnée, cachexie, mort.

AUTOPSIE. — Poumon gauche sain.

Poumon droit de consistance molle, se laisse facilement déchirer ; adhérences nombreuses qui ne permettent de l'extraire de la cavité thoracique qu'avec la plus grande difficulté. Ces adhérences sont surtout accusées au niveau de la partie inférieure et postérieure. Gommes à la partie moyenne du lobe inférieur.

Observation 8. — HUDELO (Thèse Paris, 1884).

Hépatite nodulaire gommeuse. Enfant âgé de 11 mois. Gomme du poumon gauche, épanchement pleural droit.

Mère syphilitique.

L'enfant, à sa naissance, ne présentait aucune lésion syphilitique.

A 4 mois, coryza. Syphilides du front et autour des oreilles. Testicule droit augmenté de volume.

Traitement spécifique. Guérison.

Il y a 3 semaines, cachexie, mort.

AUTOPSIE. — Hépatite nodulaire.

Thorax : A gauche, petit épanchement avec flocons fibrineux ; à droite, adhérences de la plèvre et du poumon.

Hépatisation rouge du lobe inférieur gauche.

A droite, noyaux caséeux du volume d'un pois dans la partie moyenne.

Ganglions du lobe volumineux, occupés par une matière caséeuse dure.

On n'a constaté ni bacille de Koch, ni dégénérescence amyloïde.

Observation 9. — SIMPSON (In thèse ROCHON) (Résumée).

Fœtus de 4 à 5 mois. Epanchement péritonéal considérable. La plèvre gauche contient une quantité de sérosité claire, limpide, de teinte rougeâtre. Le liquide de la plèvre droite est plus trouble et contient de nombreuses masses fort petites qu'on reconnaît facilement pour être des portions ramollies et pulpeuses du poumon correspondant qui s'étaient échappées à travers une rupture de la plèvre viscérale.

La mère était syphilitique.

Observation 10. — DEPAUL (In thèse ROCHON) (Résumée).

Prématuré de 7 mois et demi. La mère présentait des lésions vulvaires spécifiques. L'enfant fit à peine deux ou trois inspirations.

AUTOPSIE. — Aucune lésion des annexes fœtales. Fœtus normal en apparence. Ascite hémorragique. Epanchement pleural bilatéral hémorragique. Adhérences au niveau de l'angle postérieur du poumon. Les poumons sont bosselés, plus lourds qu'à l'état normal, grisâtres. Ils présentent à leur surface quelques bosselures fluctuantes qui, incisées, laissent échapper une matière purulente grisâtre dans laquelle ne nageait aucun débris. Leurs parois étaient irrégulières, d'un blanc grisâtre.

Foyers semblables au centre du poumon.

Sur la plèvre : traces d'inflammation dans les points voisins des adhérences. Les points adhérents avaient acquis une épaisseur plus grande.

Les autres organes étaient sains.

Observation 11. — LANCEREAUX (In thèse ROCHON) (Résumée).

Femme, 47 ans. Point de côté, toux.

AUTOPSIE. — Lésions syphilitiques diverses. Epanchement peu abondant de sérosité à la partie inférieure de la cavité pleurale droite. Poumon carnifié. Au sommet : siège de la pneumonie ; induration due à l'hypertrophie du tissu conjonctif.

Quelques adhérences à gauche. Altérations pulmonaires moins étendues. Par place, quelques trainées fibreuses. Foie syphilitique.

Observation 12. — LANCEREAUX (In thèse ROCHON) (Résumée).

Femme, 45 ans. Paralytique générale.

AUTOPSIE. — Lésions de syphilis ancienne. Gommès du cerveau.

Liquide trouble dans les deux plèvres.

Quelques adhérences du poumon à la paroi thoracique. Sommets sains. Induration de quelques lobules à la base du poumon droit et dilatation des bronches correspondantes.

Observation 13. — DUFAU (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 25 ans. Point de côté, pleurésie avec pneumonie, durant de mars 1818 à juillet de la même année, sans amélioration, lorsque l'application d'un traitement spécifique amena une guérison rapide.

Observation 14. — WILLIAM-MUNK (In thèse ROCHON) (Résumée).

Syphilitique. Accidents multiples. Depuis plusieurs semaines, douleurs thoraciques aiguës.

AUTOPSIE. — A droite, épanchement séropurulent abondant. La plèvre présentait, en différents endroits, des élévations de forme ovulaire ou circulaire, comme des ampoules, mais peu proéminentes, variant d'un demi-pouce à un pouce de diamètre. Il y avait neuf de ces élévations. Elles étaient produites par l'effusion d'un liquide fluide épais, jaunâtre, semblable à du miel.

Observation 15. — BUDD (In thèse ROCHON) (Résumée).

Femme, 31 ans.

AUTOPSIE. — Gros épanchement pleural droit. Les plèvres sont tapissées par une fausse membrane de formation récente. Cavernes du lobe moyen. A ce niveau, adhérences pleurales. A gauche, liquide séreux trouble renfermé dans une plèvre tapissée de fausses membranes sur ses deux feuillets.

Le poumon contient une foule de petites cavernes tapissées par une membrane délicate et contenant une matière jaunâtre, épaisse, pareille à des concrétions calcaires ou à de la fibrine ramollie.

Pas de traces de tuberculose pulmonaire.

Dans le foie, trois tubercules blanc jaunâtre.

Observation 16. — H. RAMDOHR (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 60 ans.

AUTOPSIE. — Lésions syphilitiques anciennes : crâne, langue, corde vocale gauche, foie, rate, reins.

Poumon gauche : Gommès du lobe inférieur. Bandes scléreuses au sommet.

Poumon droit : Cicatrices, épanchement pleural bilatéral.

Observation 17. — HÉNOP (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 18 ans. Syphilitique depuis deux ans. Douleurs thoraciques à l'oppression, signes de catarrhe pulmonaire sous la clavicule droite, psoriasis et ulcérations cutanées.

Traitement ioduré.

Les manifestations spécifiques autres que la pneumopathie s'améliorent. Mort.

AUTOPSIE. — Dans la plèvre *gauche*, 50 grammes de liquide clair, pas d'adhérences au sommet. Gomme du lobe moyen

A droite. — Dans le lobe supérieur, une tumeur blanc jaunâtre dure, de la grosseur d'un œuf d'oie, superficielle. Trois autres, de la grosseur d'un pois. Gommès dans les lobes moyen et inférieur.

Nombreuses autres lésions syphilitiques : foie, larynx, trachée. A l'examen microscopique, aucune trace de tuberculose.

Observation 18. — GAUCHER (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 33 ans. Père mort probablement tuberculeux après 22 mois de maladie. Il y a trois ans, affection bronchique aiguë, ne paraissant pas avoir laissé de traces.

Syphilis il y a 2 ans.

Actuellement : pleurésie avec épanchement. Début brusque, point de côté, fièvre. Dyspnée. Pendant 15 jours, oscillations thermiques entre 37° et 39° : 2 ponctions de 500 grammes. A ce moment, 2 grammes d'iodure par jour. La fièvre diminue. Disparition de l'épanchement. Au sommet gauche, signes douteux.

Deux mois après, au traitement ioduré on adjoint les frictions mercurielles. Disparition de toute trace de pleurésie. Respiration un peu rude et prolongée au sommet gauche. Etat général bon.

Plusieurs mois plus tard, le malade était bien portant.

Observation 19. — In thèse ROCHON (Obs. 12) (Résumée).

Homme, 43 ans. 2 novembre 1891.

Aucun antécédent héréditaire suspect de tuberculose. Syphilis en 1882. Aucun traitement sérieux.

Depuis 10 jours, point de côté, toux, malaise.

Point de côté au niveau de la 9^e côte gauche, sueurs la nuit. Vous-
sure à la partie postérieure et gauche du thorax. Matité dans les deux
tiers inférieurs du thorax. Skodisme sous-claviculaire. Trouble dimi-
nué. A l'auscultation, signes de pleurésie.

Le 10 novembre. — Ponction : 500 grammes de liquide séreux.

Le 5 décembre. — Guérison. La respiration ne s'entend pas à la base gauche. Craquements au sommet gauche.

Observation 20. — FEULARD (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 37 ans. 1^{er} octobre 1892. Malade depuis trois semaines ; après quelques jours de malaise violent, il est pris d'un point de côté à droite. Expectoration d'une matière noirâtre. Depuis, aggravation. Syphilis à 21 ans.

Auscultation : à droite, vers le tiers moyen, contre la gouttière vertébrale, foyer grand comme la main où s'entendent des râles fins et un souffle assez intense. Pas d'égophonie, de pectoriloquie aphone, pas de bronchophonie.

A gauche, au niveau du hile, respiration soufflante, frottements

pleuraux. Température, 38°. Pouls, 140. Traitement, 4 grammes d'iode.

Jusqu'au 25, légère amélioration. Apparition d'égophonie à droite, au niveau du lobe moyen.

En novembre. — Nouveau foyer sous la clavicule droite. Bientôt, apparition de signes de caverne. L'examen bactériologique ne montre pas de bacilles.

En janvier. — Traitement mercuriel. Amélioration.

A la fin juin. — Guérison complète. On entend seulement de légers frottements à la base droite.

Observation 21. — VIRCHOW (In thèse ROCHON) (Résumée).

Syphilis il y a 7 ans. Mort de syphilis cérébrale.

AUTOPSIE. — Poumon gauche entièrement adhérent. Sommet sain. A la partie antérieure du lobe supérieur se trouve un tubercule caséeux de la grosseur d'un noyau de cerise, ramolli au centre. Poumon droit : nombreuses adhérences, tissu pâle et sec. Au milieu du lobe supérieur, petit noyau caséeux de la grosseur d'une cerise ; un peu plus loin, un autre.

Observation 22. — LANCEREAUX (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 42 ans. Paralytique général. Accidents syphilitiques multiples.

AUTOPSIE. — Quelques adhérences unissent le poumon droit à la paroi thoracique. Le lobe inférieur du poumon gauche adhère intimement, à l'aide de fausses membranes épaisses, au thorax et au diaphragme. Deux gomme au niveau de l'adhérence diaphragmatique.

Observation 23. — LANCEREAUX (In thèse ROCHON) (Résumée).

Femme, 45 ans. Syphilitique.

AUTOPSIE. — Gomme du poumon et du péricarde. Dilatation et rétrécissement de plusieurs ramifications bronchiques. Adhérences

nombreuses des deux poumons aux parois thoraciques. Le gauche adhère au péricarde.

Observation 24. — LANCEREAUX (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 54 ans. Gommès multiples.

AUTOPSIE. — Adhérences des deux côtés. Au sommet droit, gros noyau avec tissu fibreux très épais. A la base du poumon droit, épanchement de pus circonscrit par des adhérences.

Au hile, ganglions hypertrophiés, les uns durs, les autres ramollis.

Observation 25. — ROLLESTON (In thèse ROCHON) (Résumée).

28 ans. Gommès du poumon. Sclérose, adhérences pleurales.

AUTOPSIE. — La plèvre viscérale est fortement épaissie et adhérente à la partie postéro-supérieure du lobe inférieur droit. A ce niveau, le tissu pulmonaire est induré ; il contient une masse caséuse. Dans la plèvre et dans le tissu pulmonaire, on a trouvé des petites cellules lymphoïdes qui ne contenaient pas de bacilles.

Poumon gauche normal.

Il n'existait nulle part de lésions tuberculeuses.

Gommès dans le foie et dans le testicule.

Observation 26. — HANOT (In thèse ROCHON) (Résumée).

Syphilis pleuropulmonaire.

Femme, 45 ans. Syphilitique depuis huit ans, n'a suivi aucun traitement.

Au moment de son entrée à l'hôpital : nombreuses lésions syphilitiques cutanées et osseuses, en évolution. Légère ascite. Grosse rate.

AUTOPSIE. — La plèvre gauche est recouverte par des fausses membranes assez adhérentes. Le tissu pulmonaire de ce côté est dense, résistant, ne crépite pas, tombe au fond de l'eau. Il est parsemé de gommès. Plusieurs excavations dans les deux lobes.

Lésions identiques du poumon droit.

Observation 27. — LANCEREAUX (In thèse ROCHON) (Résumée).

Homme, 58 ans.

Pneumosyphilose sclérogommeuse. Adhérences.

Syphilis tertiaire des testicules et du cerveau.

AUTOPSIE. — Les poumons, libres dans leur moitié supérieure, sont dans leur tiers inférieur et à leur base intimement adhérents tant à la paroi thoracique qu'au diaphragme. Leur extraction n'est pas sans difficulté. Leur base est labourée de sillons profonds semblables aux cicatrices syphilitiques du foie. Ces deux organes sont symétriquement altérés.

Le poumon gauche présente à sa base un léger renflement qui, dépouillé des fausses membranes épaisses, laisse voir des saillies nodulaires jaunâtres, arrondies, du volume d'une noisette ou d'une cerise, et qui donne, dans une étendue de 1 décimètre environ, une sensation assez analogue à la pression d'un sac de noix. Ces gomme sont circonscrites par du tissu fibroïde grisâtre et plus ou moins pigmenté.

À droite, les lésions sont plus avancées. La plèvre est injectée et épaissie.

Observation 28. — CHOSTECK (In thèse ROCHON) (Résumée).

Pneumopleurésie syphilitique sans épanchement. Pneumosyphilose sclérogommeuse. Adhérences.

Homme, 46 ans. Syphilitique depuis 21 ans. Cachexie. Toux, crachats purulents ; œdème des membres inférieurs.

AUTOPSIE. — Le poumon gauche est adhérent à son sommet par l'intermédiaire d'un tissu conjonctif très résistant et, dans le reste de son étendue, par un tissu à filaments courts et faciles à déchirer.

Au sommet du lobe inférieur gauche, tissu fibreux, épais, rayonnant, blanc et gris rougeâtre, se continuant avec le tissu conjonctif induré qui recouvre la surface pulmonaire. Au sein de ce tissu, cavité du volume d'une noix se continuant avec deux branches et remplies par un liquide jaunâtre caséeux. Dilatation de quelques bronches.

Dans le lobe supérieur droit, sclérose pulmonaire.

Foie petit, lobulé, induré.

Lésions syphilitiques du pancréas et des reins.

Observation 29. — PAUTRICUS (In thèse ROCHON) (Résumée).

Syphilis tertiaire. Sclérose pure du poumon. Adhérences.

Femme, âgée de 36 ans.

AUTOPSIE. — Les poumons remplissent la cage thoracique. Le poumon gauche, d'une consistance ferme, est hyperhémie. Le poumon droit est induré d'une façon très notable, surtout au niveau du lobe moyen où il est de structure absolument fibreuse. Le sommet et la base de ce poumon sont hyperhémisés, en arrière adhérences de date récente.

Foie ficelé. Bandes de sclérose.

Observation 30. — RAYMOND (Résumée).

Syphilis tertiaire des voies respiratoires. Larynx. Trachée et premières bronches. Bronchopneumonie et pleurésie. Adénopathie péri-trachéale. Compression du récurrent droit et rétrécissement de la trachée. Syphilis du foie. Anévrysmes miliaires dans le cerveau.

AUTOPSIE. — Il n'y a pas d'adhérences de la plèvre gauche. Mais il existe un épanchement séreux de 80 grammes environ. A droite, adhérences légères de la plèvre viscérale au thorax ; au sommet, à la base, en arrière, les adhérences sont plus considérables. La plèvre est épaissie, si intimement soudée au tissu pulmonaire qu'on ne peut le détacher sans le déchirer.

Poumon droit. — Le lobe inférieur est le siège d'une congestion intense. A la palpation, on y sent des noyaux indurés de bronchopneumonie. A la loupe, on constate en certain points de l'œdème, et en d'autres des foyers étendus de bronchopneumonie. Au lobe supérieur, anthracose et léger œdème. Au sommet, noyaux confluents de bronchopneumonie.

Poumon gauche. — Le lobe inférieur contient des noyaux indurés,

simulant l'hépatisation rouge. Le lobe supérieur contient des foyers de bronchopneumonie. Il est fortement congestionné.

Observation 31. — NIKOULINE. — Périostite costale.

Pleurésie sèche (Résumée).

Homme de 45 ans, ne se rappelant pas avoir jamais eu un chancre. Mais il y a 12 ans, il avait souffert de douleurs intenses dans les articulations, qui ne cédèrent qu'à un traitement spécifique. Dans ces derniers temps, le malade fut pris d'un point de côté intense avec toux sèche et fièvre. Cet état persistait depuis trois mois, lorsque le malade vint consulter Nikouline, qui constata chez lui, au-dessous de l'omoplate droite, une voussure grande comme la main, un peu douloureuse à la pression. A cet endroit, il existait de l'empâtement ; les côtes ne pouvaient être senties nettement. Le murmure vésiculaire était affaibli et même complètement absent dans la moitié inférieure de l'empâtement. Plusieurs ponctions exploratrices ayant démontré l'absence de collection purulente, le diagnostic de péripleurésie s'imposait. On soumit alors le malade à l'usage de l'iodure de sodium qui amena une guérison rapide et complète.

Observation 32. — NIKOULINE. — Pleurésie syphilitique primitive (Résumée).

Homme, 40 ans. A contracté la syphilis il y a 19 ans. Chancre, suivi d'accidents secondaires. Depuis quelques mois, il était tourmenté par une toux continuelle, sèche, avec dyspnée, fièvre modérée et douleurs thoraciques, surtout à droite, et dans les fosses sous-claviculaires ; douleurs s'exaspérant par la toux et les inspirations profondes. Rien à la percussion. L'auscultation révélait des bruits de frottements pleurétiques intenses diminués dans les deux poumons, sans râles. Tous les moyens employés habituellement contre les affections bronchopulmonaires chroniques ayant échoué, Nikouline supposa une pleurésie syphilitique primitive et prescrivit les iodures. Dès le début de ce traitement, la température, qui antérieurement se maintenait toujours le matin à 38°, devint normale ; au bout de

quelques semaines, la toux, les douleurs et les bruits de frottement disparurent et la guérison ne tarda pas à s'établir.

Observation 33. — ROQUE et GARIN. — Pleurésie syphilitique tertiaire primitive (Résumée).

C... (Louis), 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 11 février 1910, avec un violent point de côté. On ne trouve ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels de trace de tuberculose.

Syphilis à 22 ans.

A son entrée, il nous apprend qu'il souffre depuis huit jours d'un point de côté diffus. Il a pris froid et a eu des frissons. En même temps s'est établie une céphalée avec exacerbation nocturne. Elle dura 18 jours. Température, 39°.

Au niveau du poumon gauche, on constate tous les signes d'un épanchement qu'on évalue à 2 litres. L'espace de Traube est mat. Le cœur est légèrement refoulé à droite.

Le 15 février, le malade est dyspnéique. L'épanchement remonte à gauche, jusqu'au tiers supérieur de l'omoplate. A droite, épanchement assez abondant. Ponction à gauche. On retire 1,500 centimètres cubes d'un liquide jaune citrin, légèrement louche.

Le 21 février. — Le malade est soumis au traitement mercuriel. Dès le 6^e jour, l'épanchement droit a disparu. A gauche, le liquide a disparu, mais il existe de nombreux râles et frottements pleuraux.

Le 5 mars. — La respiration s'entend à gauche dans toute la hauteur du poumon. On a toujours de nombreux râles inspiratoires et expiratoires et quelques frottements pleuraux. A droite, aucun signe pulmonaire ou pleural. Le Traube est normal. Le cœur a repris sa position normale.

Après 20 jours de traitement, le malade a repris un état général excellent. Les signes pulmonaires ont complètement disparu.

Au cours de cette pleurésie, différents examens de laboratoire furent pratiqués avec le liquide retiré par ponction le 15 février :

Séro-diagnostic tuberculeux : négatif.

Réaction de Wassermann : très positive.

EXAMEN CYTOLOGIQUE :

Lymphocytes	60 %
Grands mono	20 %
Globules rouges.....	15 %
Quelques polynucléaires.	
Quelques cellules endothéliales.	

Inoculation au cobaye : négative au bout de huit semaines.

Cultures sur bacilliose, gélose stériles.

Recherches complémentaires :

Séro-diagnostic tuberculeux avec le sérum sanguin : négatif.

Réaction de Wassermann avec le sérum sanguin : positive.

L'examen des crachats montre qu'ils sont constitués par de la salive à peu près pure, on n'y trouve ni pneumocoque, ni bacille de Koch.

Observation 34. — DIEULAFOY. — Pleuropneumonie
syphilitique (Résumée).

En 1883, Dieulafoy fut appelé à donner ses soins à un homme en proie à une dyspnée terrible, qui depuis un an se renouvelait chez lui par des poussées plus ou moins aiguës. On avait diagnostiqué une bronchopneumonie tuberculeuse. Au premier examen, il reconnut les signes d'un épanchement de 800 centimètres cubes environ. Cette quantité de liquide était loin d'expliquer la dyspnée dont souffrait ce malade. Il pratiqua la thoracentèse et retira 630 centimètres cubes d'un liquide légèrement rosé. Le malade n'éprouva aucun soulagement. Le malade finit par avouer qu'il avait eu la syphilis. Le traitement mercuriel fut institué. La dyspnée s'amenda si rapidement qu'au bout de quelques semaines la respiration était redevenue presque normale. Lors de ses dernières visites, Dieulafoy ne trouva plus de traces de pleurésie, mais les lésions bronchopulmonaires furent plus lentes à s'améliorer.

Observation 35. — ROGER et SABARÉANU. — Pleurésie tertiaire primitive (Résumée).

Homme, 32 ans, entre à l'hôpital, le 19 octobre 1909.

Syphilis à l'âge de 15 ans. Il se soigna pendant cinq ans avec des pilules de protoiodure. Depuis il n'a jamais eu aucune manifestation syphilitique. Cinq semaines avant son entrée à l'hôpital : frissons, fièvre, points de côté multiples. Dyspnée. Au bout de trois semaines, amélioration, puis, brusquement, point de côté violent à gauche.

Au moment de son entrée, il présentait les signes d'un épanchement modéré n'atteignant que la pointe de l'omoplate. L'espace de Traube était sonore, la percussion sous les clavicules donne un son normal. Légers frottements au niveau de la fosse susépineuse gauche. Rien à droite.

Crachats rares, ne contenant ni bacille de Koch, ni albumine.

* Cet homme s'est toujours bien porté et n'a jamais présenté la moindre manifestation qu'on puisse rattacher à la tuberculose.

Le 23 octobre, on retire, par ponction, 10 centimètres cubes d'un liquide clair, citrin, contenant de nombreux lymphocytes. La réaction de Wassermann est positive.

Traitement mercuriel ; les jours suivants, l'épanchement se résorbe et, le 15 novembre, on n'en trouve plus aucune trace. Le 29 novembre, le malade sort guéri. On ne trouve, aux sommets, aucune trace de tuberculose.

Observation 36. — ROGER et SABARÉANU. — Pleurésie tertiaire primitive (Résumée).

Femme, 38 ans. Entre à l'hôpital de la Charité le 28 septembre 1908.

Antécédents : A 3 ans, variole ; à 6, rougeole ; à 8, scarlatine ; à 10, fièvre typhoïde ; vers 17 ans, elle fut soignée par Ferréol pour tuberculose pulmonaire. Elle resta, par la suite, très sujette aux rhumes ; à 21 ans, syphilis ; à 22 ans, un an après la contamination, pleurésie droite. L'épanchement était, paraît-il, peu abondant et se résorba sans qu'on eût fait de ponction. Il y a 3 ans, série d'acci-

dents gommeux qui disparurent sous l'influence d'injections mercurielles.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital : frissons, point de côté violent, fièvre. Ces troubles persistent sans amélioration lors de son entrée. Epanchement pleural gauche. La matité remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. L'espace de Traube est sonore, son skodique sous la clavicule. Au sommet, en avant et en arrière, affaiblissement du murmure vésiculaire. Expiration prolongée, retentissement de la voix et de la toux et, à la fin des fortes inspirations, quelques frottements. Le poumon droit paraît sain.

Examen des crachats : négatif. Ils ne contiennent pas d'albumine. Huit jours après son entrée à l'hôpital, onze jours après le début de l'affection : ponction ; on retire 750 grammes de liquide.

Wassermann nettement positif sur le sang et sur le liquide pleural.

Deux cobayes sont inoculés, l'un sous la peau, l'autre dans la cavité péritonéale. Le premier est bien portant, le second, sacrifié le 10 janvier 1909, ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

Le 4 octobre, ponction : 1,250 centimètres cubes de liquide.

A partir du 10 octobre, injection quotidienne de 0 gr. 01 de biiodure de mercure. Résultat excellent. L'épanchement se résorbe. La malade sort guérie le 31 octobre. La respiration s'entend dans tout le poumon.

Observation 37. — BALZER. — Pleuropneumonie syphilitique tertiaire (Résumée).

Malade de 32 ans, sans antécédents, ni traces de syphilis, mais aussi sans stigmate de tuberculose. Il présenta des symptômes analogues à ceux de la consommation phthisique avec des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, des hémoptysies et des crachats mucropurulents.

Au niveau des poumons on constate :

A droite, en arrière et en haut, du souffle bronchique avec des râles sous-crépitaux. La mort survint après l'apparition, à droite, d'un épanchement et de phénomènes laryngés.

AUTOPSIE. — On ne trouva ni cicatrices, ni ulcérations laryngées. Rien au poumon gauche.

La plèvre droite contenait deux litres d'un liquide louche et sanguinolent. Il y avait un épaississement marqué des feuillets pleuraux et des masses jaunâtres, fermes, d'apparence caséuse, grosses comme des noix ou des grains de millet. Le poumon droit était sclérosé dans son tiers supérieur.

Dans les deux tiers inférieurs de ce lobe, dans le lobe moyen et à la base du lobe inférieur, existaient de nombreuses masses caséuses faisant saillie à la section. Toutes étaient très dures, entourées d'une zone fibreuse et siégeaient le long des bronches et sous la plèvre.

Lésions scléro-gommeuses du foie.

L'examen histologique a permis de constater l'absence de tout bacille tuberculeux.

Observation 38. — BERIEL (Obs. 2). — Pleuropneumonie syphilitique des bronches au cours de la syphilis héréditaire (Résumée).

Enfant de 5 ans et demi. Symptômes de syphilis.

AUTOPSIE : Poumon gauche. Le lobe inférieur est couvert de fausses membranes épaisses ; le feuillet viscéral est, par endroits, épaissi et d'aspect tendineux ; en d'autres, mince, brillant, peu altéré.

Le lobe pulmonaire lui-même est assez volumineux, dense, privé d'air. A la coupe, il montre sur un fond gris, rosé, informe, des sections de vaisseaux et de bronches à parois blanchâtres fortement épaissies. Dans la cavité pleurale gauche, environ un litre de liquide jaunâtre avec des flocons fibrineux.

Observation 39. — BERIEL (Obs. 13). — Pleuropneumonie syphilitique (Hérédosyphilis) (Résumée).

2 ans. Hérédosyphilitique.

Pleurésie légère avec épanchement au cours d'une pneumonie lobaire chronique syphilitique.

Observation 40. — BÉRIEL (Obs. 16). — Symphyse pleurale au cours d'une pneumopathie sclérogommeuse (Hérédosyphilis) (Résumée).

Enfant de 14 mois, présentant des signes de catarrhe chronique bronchique pour lequel il a été amené à l'hôpital. Gros foie et grosse

rate. Amaigrissement progressif. Signes de pneumonie catarrhale à la partie inférieure du poumon droit. Nécrose du maxillaire.

A l'AUTOPSIE, on trouva le poumon gauche sain ; toute la partie inférieure du poumon droit était adhérente à la cage thoracique, augmentée de volume, dense, privée d'air. Lésions gommeuses, scléreuses.

Observation 41. — BÉRIEL (Obs. 18). — Pleurésie sèche secondaire à des lésions ulcéreuses du poumon (Résumée).

Enfant de 6 ans. Syphilitique.

Le poumon droit, diminué de volume, recouvert par une plèvre épaissie, adhérait intimement à la paroi thoracique. La surface des sections était parsemée de nombreuses excavations séparées par des tractus fibreux.

Observation 42. — BÉRIEL (Obs. 22). — Réactions pleurales, Gommès pulmonaires (Résumée).

Femme, 62 ans. Syphilitique.

AUTOPSIE. — Un peu de liquide dans les deux plèvres.

Les deux poumons étaient très adhérents et le droit présentait des gommès.

Observation 43. — In thèse BEAUREPAIRE (Obs. 31) (Résumée).

M..., syphilitique depuis 6 ans. Soigné d'une façon régulière et intensive.

Il y a trois ans, pneumonie fibreuse à droite, au niveau de la partie moyenne du poumon. Cette lésion, qui évoluait sans symptôme fonctionnel, guérit sous l'influence d'un traitement iodomercuriel intensif.

Il y a deux mois : dyspnée, oppression au moindre effort. Ni toux, ni expectoration. Epanchement pleural moyen à droite. Traitement spécifique. Guérison rapide, mais on vit, plus tard, apparaître, au niveau du sommet droit, des signes non équivoques de tuberculose.

Observation 44. — In thèse BEAUREPAIRE (Obs. 32) (Résumée).

M... Syphilis ignorée. Cicatrices de gommès sur les jambes.

Oppressé. Léger œdème des jambes.

A droite, épanchement pleural abondant. Ponction : liquide citrin.

Deux jours plus tard, la dyspnée devenant plus vive, ponction. On retire deux litres de liquide citrin contenant de rares mononucléaires.

L'inoculation au cobaye fut négative.

Traitement mixte :

Benzoate de mercure..... 0 gr. 02.

Iodure de sodium..... 5 grammes.

Deux jours après, nouvelle ponction. On retire 1 litre.

Vingt jours après, disparition de l'épanchement et des symptômes fonctionnels.

Quelques mois après, accès de suffocation, albumine dans l'urine, bronchite des bases. Le malade réclame des piqûres de benzoate qui lui sont faites par un médecin non prévenu. Accidents de congestion rénale aiguë. Anémie.

Peu à peu, amélioration passagère, puis reproduction de l'épanchement qui, malgré les ponctions successives, se reproduit. Le malade meurt d'urémie chronique.

Observation 45. — Personnelle.

J... (Jules), 44 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de notre maître, M. le docteur Belin, salle Louis, lit n° 20, le 20 novembre 1912.

Rien de spécial à relever dans ses antécédents héréditaires.

Il n'a jamais été malade avant de contracter, il y a trois ans, la syphilis. Chancre de la verge. Roséole. Plaques muqueuses. Il ne suivit aucun traitement sérieux. Il présente sur le corps des cicatrices caractéristiques, brunâtres, de syphilides ulcéreuses.

Il entre à l'hôpital pour un point de côté, de la dyspnée, de la

toux et, de fait, on trouve, en l'examinant, tous les symptômes d'un épanchement pleural atteignant le milieu du bord spinal de l'omoplate. A droite, matité. Abolition des vibrations. Suppression du murmure vésiculaire. Souffle aigu pleurétique. Egophonie. Au-dessus la respiration s'entend normalement. Elle est cependant un peu soufflante en arrière, au niveau de la fosse susépineuse. A gauche, on n'entend rien d'anormal à l'auscultation.

Les différents appareils sont normaux. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

La température oscille autour de 38°, 37° 5, 38° 5, irrégulièrement.

L'état général du malade est assez précaire. Il est pâle, fatigué, un peu amaigri. L'examen du sang donne les résultats suivants :

G. R.....	3.524.800
C. B.....	10.000
Poly. neutrophiles	69,69
— éosinophiles	0,38
Lymphocytes	17,56
Grands et moyens mono.....	5,59
F. de transition.....	0,75

Le 20 novembre. — Nous retirons, par ponction, 150 centimètres cubes de liquide pleural. Il est clair, jaune citrin.

10 centimètres cubes sont injectés dans la cavité péritonéale d'un cobaye qui est resté indemne de toute lésion tuberculeuse.

100 centimètres cubes sont centrifugés et le culot ainsi obtenu est inoculé à un autre cobaye qui mourut, un mois et demi après, tuberculeux.

L'examen cytologique du liquide donna les résultats suivants :

Lymphocytes	70 %
Globules rouges.....	30 %

La réaction de Wassermann fut pratiquée à la fois sur le liquide pleural et sur le sérum sanguin. Elle donna, pour les deux, un résultat positif.

Le malade fut soumis au traitement mercuriel (huile au calomel).

L'on vit l'exsudat se résorber lentement. Mais en même temps apparurent, au sommet, des signes non douteux de bacillo-tuberculose.

L'examen des crachats permit d'y déceler quelques rares bacilles de Koch.

Le malade sortit de l'hôpital, le 15 janvier, guéri de sa pleurésie, mais présentant, au sommet droit, des signes de tuberculose indiscutables.

CONCLUSIONS

1° Au cours de la *syphilis secondaire*, on peut observer, assez rarement, des manifestations pleurales. Ces pleurésies peuvent être sèches, ou bien s'accompagner d'un épanchement léger ou abondant. Elles peuvent être uni ou bilatérales, latentes, ou bien donner la symptomatologie classique de toute réaction pleurale aiguë. Elles ont pour principaux caractères d'apparaître en même temps que des accidents cutanés, d'être bénignes et, en général, assez rapidement améliorées par le traitement mercuriel.

2° La nature syphilitique de ces pleurésies n'a pas encore été démontrée.

3° Cependant, il nous semble difficile d'admettre qu'une telle origine ne puisse pas être pour quelques-unes des observations que nous rapportons (obs. Bergé, Sédillot, Dieulafoy), où l'on voit pleurésie et roséole suivre exactement la même évolution.

4° Mais, dans l'immense majorité des cas, ces pleurésies sont, suivant l'expression du professeur Landouzy, « de support syphilitique et de nature bacillaire ». La preuve de leur nature bacillaire devient de plus en plus fréquente à mesure que la technique des examens de laboratoire devient plus précise et plus délicate.

5° Pendant la *période tertiaire* de la syphilis, on peut observer des pleurites en rapport avec une lésion syphilitique de voisinage.

6° L'influence du traitement spécifique est dans tous les cas assez nette, qu'il agisse directement sur la lésion pleurale, si elle est syphilitique, qu'il agisse indirectement sur la lésion pleurale bacillaire en améliorant l'état général du syphilitique, en état ou en suspicion d'infection bacillo-tuberculeuse.

Vu :

Le Président de la Thèse,

LANDOUZY.

Vu :

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Beaurepaire. — *Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique.*
Thèse de Lille, 1912-1913.

Bériel. — *La Syphilis pulmonaire*, Paris, 1909.

Brousse. — Pleurésie syphilitique secondaire. *Bull. Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligr.*, Paris, 1894, 333-341.

— *Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, Paris, 1894, 965-973.

Chantemesse. — *Presse médicale*, 1894.

— *Bulletin médical*, 1891.

Chantemesse et Widal. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1890.

Cagnetta. — Contribuzione a la doctrina clinica della pleurite syfica.
Atti d. r. Acad. med. chir. di Napoli, 1892.

Casset. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 10 février 1894.

Carra. — *Des Pleurésies syphilitiques.* Thèse de Paris, 1894-1895.

Dieulafoy. — Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre, 1889.
Gazette hebdomadaire, 1889.

Fournier. — De la phtisie syphilitique. *Gaz. hebdomadaire*, 1875.

— *Les infections parasymphilitiques*, Paris, 1894.

— *Traité de la Syphilis*. Tomes I et II.

Gaucher. — Observation rare de syphilis tertiaire fruste. *Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Vienne, 1892.

— *La Syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur*, Paris 1909.

Giarrochi. — La pleurite exsudativa durante lo stato roseolico della sifilide. — *Gior. ital. d. mal. ven.*, Milano, 1896, 165-167.

Jacquín. — Thèse de Paris, 1883-1884.

- Jacquinet.** — *Contribution à l'Etude de la Tuberculose pulmonaire chez les Syphilitiques.* Thèse de Paris, 1894.
- Lancereaux.** — *Union médicale*, 1891, p. 449.
- Landouzy.** — *Clinique médicale de Laënnec.*
— Association morbide. Syphilis et Tuberculose. Terrain et Graine. *Congrès pour la Tuberculose*, 1891, t. II, 185-187.
— L'Evolution historique de la phthisiologie. *Presse médicale*, 1912, n° 24.
- Le Damany.** — Note sur trois cas de pleurésie au cours de la syphilis secondaire. *Gazette hebdomadaire de Médecine de Paris*, 1895, 196-199.
- Lépine.** — *Les incidents pulmonaires au cours de la Syphilis secondaire.* Thèse de Paris, 1906-1907.
- Levaditti.** — *Presse médicale*, 1911.
- Lyon.** — *Presse médicale*, 1894.
- Malloizel.** — *Recherches anatomo-cliniques sur les Réactions pleuro-corticales.* Thèse de Paris, 1907-1908.
— Recherches anatomiques sur les réactions pleuro-corticales. *Revue de Médecine de Paris*, 1908.
- Mauriac.** — *Gazette des Hôpitaux*, 1888.
- Montserret.** — Thèse de Montpellier, 1894.
- Nassibian.** — Thèse de Paris, 1911-1912.
- Nikouline.** — Ueber die Lues der Pleuro. *Berlin. klinische Wochenschrift*, 1891.
— Pleuritis syphilitico *Bolnitsch. Gaz. Botkino*, Saint-Pétersbourg, 1898.
— *Semaine médicale*, 1891.
- Oettinger et Malloizel.** — *Annales des Maladies vénériennes*, 2 septembre 1906.
- Pauly et Duplant.** — Pleurésie syphilitique. *Province médicale*, Lyon, 1898, p. 63.
- Preetorius.** — Un cas de pleurésie syphilitique. *Belgique médicale*, 1896.
— *Annales et Bulletin de la Société médicale d'Anvers*, 1891.

- Ravaut.** — Thèse de Paris, 1901-1902.
- Reynaud.** — Pleurésie syphilitique. *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, Paris, 1894, p. 146-152.
- Rieux.** — *Traité d'Hématologie et de Cytologie* (collection Testut).
- Richard d'Aulnay.** — Infection syphilitique avec pleurésie et ictère. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1896.
- Rochon.** — *Des pleurésies syphilitiques*. Thèse de Paris, 1892-1893.
— *Gazette des Hôpitaux*, 1897.
- Roger et Sabaréanu.** — *Société médicale des Hôpitaux*. Paris, 21 janvier 1910.
- Roger.** — *Presse médicale*, 13 juillet 1910.
- Sergent.** — *Syphilis et Tuberculose*, Paris 1907.
- Art. Syphilis du poumon et de la plèvre, in GAUCHER, *la Syphilis des viscères et de l'appareil locomoteur*.
- Traitement de la tuberculose chez les syphilitiques. *Médecine pratique*, Paris, 1908.
- Syphilis et Tuberculose. *Archives générales de Médecine de Paris*, 1905.
- Formes scrofuloïdes de la Syphilis. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1908.
- Les épanchements pleuraux dans la Syphilis tertiaire. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1910.
- Les pleurésies des syphilitiques. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 mars 1913.
- Spillmann et Etienne.** — Pleurésie du stade roséolique de la Syphilis. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1896. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Paris, 1896.
- Sfieffel.** — Thèse de Paris, 1884.
- Talamon.** — Pleurésie syphilitique. *Médecine moderne*, Paris, 1891.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Historique.....	11
Étude clinique et anatomique des pleurésies de la période secondaire de la syphilis.....	21
Étude clinique et anatomique des pleurésies de la période tertiaire de la syphilis.....	39
Étude critique.....	52
I. Arguments en faveur de la nature syphilitique de ces pleurésies.....	54
II. Arguments en faveur de la nature bacillaire de ces pleurésies.....	62
OBSERVATIONS :	
I. Pleurésies de la période secondaire.....	75
II. Pleurésies de la période tertiaire.....	99
CONCLUSIONS.....	121
BIBLIOGRAPHIE.....	123

